Voir le résumé français
à la fin de chaque rapport.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM
PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA — KOCBOROWO — KOŚCIAN — LUBLINIEC
OWIŃSKA — RYBNIK — ŚWIECIE — WEJHEROWO

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK X. DZIEKANKA KWARTAŁ III-IV.

1 9 3 3

REDAKTOR

ALEKSANDER PIOTROWSKI

138

ADRES REDAKCJI i ADMINISTRACJI:

GNIEZNO - DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY.

CZCIONKAMI DRUKARNI J. B. LANGE w GNIEŹNIE.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE
DZIEKANKA
ROK X. 1933 KWARTAŁ I-II.

PRACE ORYGINALNE.

Wrażenia z Międzynarodowej Wystawy Higjenicznej w Dreźnie.*)

Podał TADEUSZ MIELCARZEWICZ, Wyższy Radca Krajowy, Naczelnik Wydziału Lecznictwa Specjalnego (Starostwo Krajowe - Poznań).

W roku 1911 odbyła się w Dreźnie Międzynarodowa Wystawa Higjeniczna, której wynikiem było utworzenie tam stałego Muzeum Higjenicznego, dającego znów zaczątek do wielkiej Międzynarodowej Wystawy Higjenicznej, urządzonej w 1930 r. Zwiedziły ją wówczas trzy miljony osób i z jej okazji obradowało w Dreźnie 210 kongresów higjenicznych, a prasa całego świata wyrażała się o wystawie wprost entuzjastycznie, podkreślając, że byłoby to wielką stratą dla nauki, gdyby tak skrzętnie zebrany i tak niezwykle bogaty materjał miał wraz z zamknięciem wystawy rozlecieć się na cztery wiatry. Celem więc jej utrwalenia i dania możności szerokim masom przyjrzenia się raz jeszcze olbrzymim wysiłkom, jakie w tej dziedzinie poczyniono, powtórzono wystawę w r. 1931, dając jej obszerniejsze jeszcze rozmiary.

Rzecz oczywista, że w krótkiem stosunkowo sprawozdaniu nie może być mowy o dokładnem omówieniu, a tem mniej o wyczerpującem przedstawieniu całokształtu tej wspaniałej imprezy;

*) Autor był delegowany z urzędu w r. 1931 na wystawę drezdeńską. Sprawozdanie powyższe przeznaczone dla „Ruchu Samorządowego“ nie mogło tam być drukowane z powodu likwidacji czasopisma. Drukujemy pracę z przyjemnością w Nowinach Psychjatrycznych ze względu na aktualność poruszonych tematów.

zamierzam przeto wyróżnić jedynie najważniejsze pokazy o znaczeniu ogólnem przy równoczesnem dorzuceniu kilku słów o konieczności zaopatrzenia naszych wojewódzkich zakładów leczniczych przynajmniej w elementarne zdobycze nowoczesnej medycyny.

Wystawa mieszcząca się w olbrzymim parku, obejmowała 359 000 m^2 o zabudowanej powierzchni 46 000 m^2. Na przestrzeń zabudowaną składało się blisko 100 hal i pawilonów. Ośrodkiem całej wystawy jest olbrzymi gmach Muzeum Higjenicznego, gdzie też najwięcej jest materjału naukowego, podanego w nadzwyczaj popularnej formie, co wpływa nader korzystnie na uświadamianie szerokich mas pod względem higjeny. Zbiory i pokazy ugrupowano tu pod ogólnym tytułem „C z ł o w i e k“. Naczelny ten oddział postawił sobie za zadanie budzić zrozumienie dla budowy ciała ludzkiego i jego funkcji i obudzać poszanowanie dla tej misternej budowy, a co zatem idzie, zachęcać do racjonalnego życia celem zachowania w zdrowiu swego ciała. Na konieczność racjonalnego pielęgnowania ciała położono też w pokazach specjalny nacisk. Łącznie z tem przedstawiono w licznych tablicach w następnej sali obfity materjał, zawierający naukę o wszystkich rasach, znajdujących się na kuli ziemskiej, o ich rozróżnianiu i znaczeniu w świecie.

Ważnym pokazem, któremu poświęcono nadzwyczaj dużo miejsca, wypełniono salę następną, która nosi tytuł „K o b i e t a j a k o ż o n a i m a t k a“. Dużo miejsca poświęcono kobiecie jako rodzicielce. Szereg plastycznych modeli wykazuje przemiany ciała podczas ciąży, oraz przedstawia akt porodu. Cenne wskazówki dla zachowania się podczas ciąży, oraz po porodzie, zawierają dalsze tablice. W specjalnej ubikacji jest pokaz pod tytułem „Co należy przygotować do połogu w domu“. Podwójne funkcje, jakie jest zmuszona spełniać w dzisiejszych czasach kobieta, to jest zarobkowanie i zadanie matki, wymagają specjalnych higjenicznych zastosowań, któremi Wystawa wydatnie się zajmuje i popularnie przedstawia, jak i ile pracować może kobieta w ciąży. Dwa ważne zagadnienia zamykają ten cenny pokaz: rak i spędzanie płodu. Nadzwyczaj ciekawy i wyczerpujący jest dział następny, traktujący o d z i e d z i c z n o ś c i i e u g e n i c e. Wiadomo, że dziedziczne są tak psychiczne jak i fizyczne właściwości, dlatego zestawiono najrozmaitsze rodowody, jako przykłady, w których uwypuklają się znamiona dziedziczności. Kulminacyjnym punktem tych dochodzeń jest odwieczne pytanie: z kim można się łączyć w związek małżeński. Olbrzymi obraz w środku tego pokazu nosi charakterysty-

czny napis: „Nie żeń się na ślepo“.

Następne sale mieszczą popularne pokazy higjeny ludowej pod kątem widzenia ogólnej zdrowotności. Wykazuje się, jak ważnemi funkcjami dla organizmu ludzkiego są: trawienie oraz przemiana materji, objaśnia się rozmaite rodzaje pożywienia i jego składniki pod względem jakości i ilości wartościowych, ich przyrządzanie, gotowanie itp. Rozprawia się tu z naleciałościami, które właśnie w dziedzinie pożywienia rozpanoszyły się szeroko, a tradycyjnie przechodzą z pokolenia na pokolenie, błędne wytwarzając wnioski. Z temi naleciałościami zrywa się tu kardynalnie, a zagadnieniu temu poświęca się aż 5 sal.

Dalsze sale podają statystykę chorób, dają obrazowy przegląd najrozmaitszych chorób oraz sposób ich leczenia. Wielką ubikację przeznaczono na zagadnienie gruźlicy, walki z tą chorobą, przyczem widzimy, że nieposlednią bronią są tu promienie Roentgena. W ostatecznej konkluzji okazuje się, że w Niemczech cofnęła się nieco w ostatnich latach ta groźna choroba, co jak się twierdzi, zawdzięcza się w pierwszym rzędzie organizacjom opieki społecznej, a więc akcji przeciwgruźliczej, walczącej skutecznie z tą chorobą.

Oczywiście także chorobom wenerycznym poświęcono dużo miejsca; wykazuje się na licznych przykładach niebezpieczeństwo tej plagi ludzkości, którą jednakże, jak brzmi ostateczny wniosek, możnaby wytępić, gdyby wszyscy bez wyjątku stanęli z nią do walki. Dla tego też specjalną zwraca się uwagę na konieczność uświadamiania młodzieży i w obrazach przedstawia się złe skutki zatajania jej prawdy tak o fizjologicznych funkcjach człowieka, jak i o grozie czyhających na nią chorób.

Choroby zakaźne potraktowano bardzo szeroko (ospa, tyfus); tak samo choroby dziecięce (szkarlatyna, dyfterja). Na oddziale dla chorób zakaźnych znajduje się gabinet Roentgena, w którym zwiedzający może swą rękę prześwietlić i śledzić powstanie całego obrazu za pomocą tych promieni, które w tak krótkim czasie stały się nieodzownym czynnikiem rozpoznania i leczenia najgroźniejszych chorób, jak n. p. raka, który, jak się przekonujemy na mocy wykazów, wczas rozpoznany, jest uleczalny. Tu znajduje się też tabela objaśniająca, po jakich oznakach zewnętrznych rozpoznać można raka. Dalsze działy traktują o pasorzytach, znajdujących się w jelitach ludzkich, wywołując choroby, o higjenie u ludzi pierwotnych w odniesieniu do ich mieszkania, pożywienia, odzieży oraz pielęgnacji ciała i o wpływie tych naj-

ważniejszych czynników na zdrowie ludzkie.

Jednym z najważniejszych pokazów Wystawy, mieszczącym się w olbrzymim gmachu o 5000 m2, to „Szpitale". Tu znajdujemy w przeszło 80 ubikacjach wzorowe urządzenia szpitalne. Wykonały je zakłady przemysłowe przy naukowej współpracy specjalistów. Otwiera się przed nami widok na wielką ilość pokoi, urządzonych stosownie do indywidualnych potrzeb szpitala, obliczonego na 1000-1200 łóżek. Widzimy tu pokoje dla położnic, dla niemowląt, dla służby pielęgniarskiej, sale do badań wszelkich chorób, polikliniki, laboratorja bakterjologiczne, serologiczne, chemiczne, aptekarskie, pracownie anatomopatologiczne i. t. d. Zapoznajemy się wreszcie z najnowszemi zdobyczami, poczynionemi na polu szpitalnictwa. Podziwiamy urządzenia Roentgenowskie, gabinety leczenia radem, aparaty do prześwietlania, oddziały chirurgiczne i ortopedyczne, kliniki dla kobiet, inhalatorja. A dalej: Kliniki dla chorych dzieci, oddziały dla chorób skórnych, lecznice przeznaczone do walki z gruźlicą (Sanatorja), kliniki dla chorób krtani, uszu i nosa, kliniki oczne, kliniki dentystyczne i. t. d. W dziale teoretyczno statystycznym, dotyczącym szpitalnictwa, przekonujemy się, że chorzy nadmiernie korzystają z leczenia szpitalnego, a to dlatego, iż koszty leczenia w szpitalach opłacają chorzy tylko w 10 procentach, a resztę kosztów pokrywa Kasa Chorych, względnie opieka społeczna. Wobec tego pragnie się obecnie przez powoływanie do życia licznych poliklinik, przez roztaczanie opieki nad chorymi w domu, osiągnąć taki rezultat, aby tylko ci chorzy udawali się do szpitali, u których leczenie polikliniczne lub domowe jest niemożliwe.

Przegląd normalizowanych instrumentów, odzieży dla pacjentów, bielizny oraz aparatów i środków dezynfekcyjnych zgromadził tak zw. „Fanok" (fachowy związek normalizacyjny publicznych szpitali, oraz prywatnych zakładów leczniczych i opiekuńczych w Niemczech). Widzimy tu także kunsztownie zbudowane baraki, nieodzowne w razie wybuchu chorób zaraźliwych w szpitalach (epidemja). Tu pokazuje się też, jak należy chronić osoby obsługujące „Roentgena" przed szkodliwymi wpływami promieni X. Ponadto wystawiono przenośne kuchnie i aparaty do gotowania strawy dla chorych, pozatem meble nieodzowne na stacjach i w pokojach pacjentów, nosze i wóziki do transportowania chorych, specjalne łóżka dla niespokojnych psychicznie chorych i. t. d.

Przechodzimy do sali Higjeny ogólnej, a więc do te-

matu, traktowanego tym razem pod kątem widzenia ogólnych zdobyczy cywilizacji, przedstawionego na tle socjalnych problemów. W sali tej oprócz stoisk firm przemysłowych wystawiono pokazy zachęcające do pielęgnowania ciała. Zgromadzono tu rysunki, modele, fotografje, na których uwidoczniono konieczność pielęgnowania ciała; kunsztowny przyrząd poucza, jak należy wyzyskać czas dla zdrowia. Zachęca się tu też do racjonalnego sportu. Ze zagadnieniem tem łączy się wybitnie kwestja g i m n a s t y k i. Dlatego też nadzwyczaj okazale przedstawia się oddział wykazujący potrzebę ć w i c z e ń g i m n a s t y c z n y c h. Wychowanie fizyczne uważane jest za naczelne zagadnienie zdrowia, zwłaszcza u ludzi skazanych na stałe bytowanie w wielkich miastach, a więc żyjących zdala od natury. W tym pokazie operowano nietylko materjałem naukowym i jak zwykle historycznym i statystycznym, dano nietylko literaturę fachową, dotyczącą tego przedmiotu, ale zbudowano i pokazano świetnie skonstruowaną halę gimnastyczną jako wzór, przyczem zachęca się usilnie do budowania podobnych ćwiczni w całym kraju. Sala ta, zaopatrzona we wszystkie do gimnastyki niezbędne sprzęty i aparaty, nad którą pracowało jakieś 30 firm drezdeńskich i berlińskich, jest ostatnim wyrazem techniki budowlanej i chlubą Drezna, oraz całej wystawy; pozostanie też na stałe na obecnym jej terenie.

Jedno z naczelnych miejsc na Wystawie zajmuje dział poświęcony k o b i e c i e w r o d z i n i e i w z a w o d z i e. Przejawia się tu myśl przewodnia, iż u kobiet XX-go wieku zmieniły się podstawowe warunki pracy. W Niemczech pracuje około 12 miljonów kobiet w najrozmaitszych zawodach, czy to w fabrykach, czy też jako sprzedawaczki w wielkich magazynach i w domach towarowych, czy wreszcie jako pielęgniarki i siostry miłosierdzia. Do warunków tych winna być przystosowana higjena. Aczkolwiek na ogół higjena u mężczyzn i kobiet na oko się nie różni, to jednak kobieta przystosować ją obecnie winna do zmienionych warunków życiowych, które trzymają ją zdala od rodziny. W dziale traktującym o d z i e c k u uderza obserwatora przedewszystkiem wielki spadek urodzin w Niemczech. Znajdują się tu tablice i ryciny pouczające o tem, jak należy pielęgnować niemowlęta i dzieci w wieku przedszkolnym. Udziela się cennych rad co do pokarmu dla niemowląt i dzieci. Donicsłym głosem domaga się tu tworzenia placów dla zabaw i ogródków dziecięcych, zwłaszcza w wielkich miastach. W dziale H i g j e n y s z k o l n e j mówi się przedewszy-

stkiem o higjenie planu nauk, o codziennych spacerach, ostrzega się przed przesadą nauczania zbędnych przedmiotów, zaleca się stałą opiekę lekarską w szkołach, troskliwą opiekę dentystyczną, częste wycieczki i ruch fizyczny, atoli ostrzega się przed przesadą w uprawianiu sportu. Wreszcie pokazuje się obrazowo normalny przebieg dnia dziecka w wieku szkolnym, spędzonego w domu. Porusza się też zagadnienie budowania racjonalnych gmachów szkolnych, przestronnych i jasnych, zaspakajających nieodzowną dla uczniów potrzebę światła i powietrza.

Dział zdrowia psychicznego podzielono na dwie części, na dział traktujący o higjenie psychicznej i dział traktujący o „człowieku nerwowym“. Trzy naczelne zadania postawiła sobie higjena psychiczna: są niemi: a) przeciwdziałanie rozmnażaniu się jednostek psychicznie chorych przez zapobieganie rozrodczości, b) wzmocnienie zdrowych cech psychicznych przez stosowne wychowanie, przyczem wystrzegać się należy błędów popełnianych przy wychowywaniu dzieci; łączy się z tem ułatwianie jednostkom wyboru zawodu, c) zapewnienie systematycznej i skutecznej pielęgnacji i opieki osobom nerwowo i psychicznie chorym.

Jako ostateczny cel higjeny psychicznej uznać należy świadome uregulowanie życia psychicznego, przyczem naczelnym postulatem jest jaknajszersze rozpowszechnianie wiedzy psychologicznej, popularyzowanie jej takie, aby przejawy psychicznych procesów każdemu były dokładnie znane. Pozatem omówiono w tym dziale wyczerpująco przyczyny zaburzeń psychicznych (dziedziczność, narkotyki, zawrotne tempo dzisiejszego życia i t. d.).

Pokaz nowoczesnych zakładów dla psychicznie chorych, oraz rezultatu pracy tych chorych zasługuje na specjalną uwagę. Praktyka psychjatryczno-szpitalna zmieniła się bowiem zasadniczo. Nie wznosi się już wielkich koszarowych budowli z zakratowanemi oknami, okolonemi wysokimi murami, lecz buduje się zakłady z małymi pawilonikami; znika w ten sposób ponury wygląd dawniejszych gmachów, wywołujących niemiłe wrażenie detencji. Przy takim systemie mają poszczególne pawilony zwykły wygląd posiadłości prywatnej, nie są budowane szablonowo, lecz indywidualnie, gustownie. Szpitale, budowane i urządzone według najnowszych zasad higjeny psychicznej, budzą ufność społeczeństwa, które oddaje chętniej chorych w opiekę szpitalną wiedząc, że chorzy czują się tam dobrze i że są widoki na ich wyleczenie. Także ze względów higjeny, oraz celem niedopuszczania do złego wpływu na oto-

czenie, dąży się do tego, aby chorych kryminalistów i psychopatów umieszczano w specjalnych schroniskach lub w osobnych oddziałach w więzieniach.

Ogólnie stosuje się dziś w zakładach psychjatrycznych jako metodę leczenia przedewszystkiem zajęcie, a następnie rozrywki wszelkiego rodzaju. Czyni się ogólnie starania, aby pacjentów, którzy przebyli ostrą psychozę, przygotować do życia społecznego i dlatego daje się im pewną swobodę ruchu, także celem przekonania się, czy przeprowadzone leczenie osiągnęło już skutek. Zerwało się już dawno z okresem absolutnej detencji, t. zn. trzymania chorych stale za murami i w okratowanych celach, gdzie chorzy tępieli. Nie umieszcza się więc już dziś w wzorowo prowadzonych zakładach pacjentów w seperatkach, jak to dawniej bywało, przez co potęgowało się chorobę, przyczem siły życiowe chorego znikały, lecz dba się o to, aby warunki bytu chorych w zakładach były jaknajściślej zbliżone do warunków rodzinnego życia. Daje to wyniki pod względem leczniczym bardzo korzystne, jak statystyka wykazuje. Niemniej korzystne wyniki osiąga się metodą tak zwanej opieki rodzinnej, stosowanej względem osób psychicznie chorych. Opieka rodzinna („patronage familial“) odgrywa dziś na całym świecie w praktycznej psychjatrji pierwszorzędną rolę. Polega ona na tem, że zakład umieszcza osoby, wprawdzie psychicznie upośledzone, więc do samodzielnego bytu na swobodzie niezdolne, ale niepotrzebujące koniecznie opieki zakładowej, w rodzinach, które roztaczają nad chorymi opiekę i dają im odpowiednie pomieszczenie, pożywienie i zajęcie.

Druga część tego działu, t. j. „Człowiek nerwowy“ zapoznaje nas z problemem nerwowości. Rodzaje nerwowych zaburzeń objaśniają szczegółowo tablice i statystyka.

Nieco dłużej warto się było zatrzymać przy wystawie „trucizn odurzających“, ze względu na liczne wykresy i obrazowy pogląd na zgubne skutki tych nieszczęsnych nałogów, a zwłaszcza alkoholu. Przedmiot ten podzielono na dwie grupy. W pierwszej potraktowano obszernie „morfinizm“ i „kokainizm“, powstanie i leczenie tych nałogów, oraz zwalczanie handlu narkotykami, w drugiej przedstawiono dotychczas poczynione badania w zakresie toksykologji, oraz zademonstrowano w szeregu obrazów wpływ alkoholu na organizm ludzki. Wkońcu podano środki ku leczeniu alkoholizmu, oraz plany walki z tą chorobą za pomocą uświadamiania mas, a zwłaszcza młodzieży.

Międzynarodowy charakter wystawy drezdeńskiej uwydatniał się przedewszystkiem na „Placu narodów“ w rozlicznych pawilonach. W emulacji narodów w wszechstronnem przedstawieniu swych wysiłków w dziedzinie higjeny, Polska w Dreźnie udziału nie brała, podczas kiedy taka nawet mała Litwa dała wykaz nietylko swych na tem polu poczynań, ale sprytnie zarazem zareklamowała swój kraj. Czechosłowacja, która przy takich okazjach z podziwienia godną sprężystością ujawnia swe duchowe walory, i tym razem imponuje wszechstronnością podanego materjału oraz zewnętrznym układem i obszarem. Oprócz materjału ściśle naukowego i leczniczego (przegląd szpitali, instytucyj państwowych z dziedziny zdrowia i kultury ciała), Czechosłowacja, podobnie jak Austrja i inne Państwa, dała wyczerpujący pogląd na swe wszechświatowej sławy miejsca kuracyjne i klimatyczne, wspaniale rozwiniętą turystykę, przyczem nadzwyczaj zgrabnie zwróciła uwagę na swą wystawę sportową, która się odbyła w tym właśnie roku w Pardubicach, oraz na swój powszechny zlot sokoli, który się odbył w 1931 roku w Pradze. Ogółem wystawiło swe eksponaty poglądowe 29 państw i organizacyj (n. p. Komitet Higjeny Ligi Narodów, Międzynarodowa Organizacja Robotnicza, Misja Katolicka, Niemiecko-Ewangelicka Misja Wewnętrzna i Zewnętrzna i. t. d.) Nie o wszystkich zamierzam tu mówić i wymieniam tylko najważniejsze. Rozpoczyna te pawilony Szwajcarja. Tuż obok niej mieści się Austrja, która przedstawia się pod każdym względem imponująco. Przegląd sławnych klinik wiedeńskich, odkryć dokonanych w dziedzinie djagnostyki i terapji, przedstawia nadzwyczaj bogaty materjał. Oddział chirurgiczny i ortopedyczny, okulistyka, wszystko świadczy wymownie o wysokim stanie higjeny w tym kraju. Osobny dział przedstawia Austrję jako kraj turystyki. W pawilonie austrjackim znajdujemy także obszerny dział ubezpieczeń społecznych. W graficznych pokazach przedstawiono tu organizację i obecny stan wszystkich w Austrji obowiązujących ubezpieczeń, tak od nieszczęśliwych wypadków, jak i od chorób. Społeczna ta akcja Austrji obejmuje także opiekę nad dziećmi (t. zw. akcja Molla), oraz nad młodzieżą (uczniami w handlu i w rzemiośle). I tu propaguje higjenę Towarzystwo specjalnie na ten cel utworzone. O Czechosłowacji wspomniałem już. Z innych państw wystawiały: Francja, Wielka Brytanja, Japonja, Grecja, Włochy, Szwecja , Jugosławia, Meksyk, Chile, Argentyna i t. d. i t. d. W przeszłym roku obszerne miejsce zajmował podobno na placu Narodów

Związek Republik Sowieckich. W tym roku Sowiety nie wystawiały. Może dlatego, że podobno niebardzo dowierzano wykresom, statystykom i wogóle nie wierzono w szczerość intencji postawienia higjeny ludowej na tak wysoki poziom w państwie bolszewickiem, jak to starano się wykazać.

Podziwiając wszystkie te olbrzymie wysiłki narodów, dokonane w dziedzinie medycyny i higjeny, te plany, wykresy, statystyki, szpitale, instrumenty, urządzenia higjeniczne, tak wszechstronnie na wystawie drezdeńskiej ujawnione, ubolewać należy, że u nas nie idzie się równomiernie z postępem. Wszystko to nie stoi w naszych zakładach na najwyższym szczeblu; są u nas duże braki na każdem polu. Czyni się coprawda co można, leczy się i daje ulgę pacjentom, ale z prawdziwie europejskim poziomem, który zauważa się zagranicą, nasze zakłady mierzyć się nie mogą, przedewszystkiem dla braku kredytów. Zakłady nasze nie rozporządzają nowoczesnymi środkami leczniczymi, a powinny być zaopatrzone przynajmniej w najniezbędniejsze aparaty fizykoterapeutyczne z oddziałami dla hydroterapji, elektroterapji, mechanoterapji, w urządzenia dla naświetlań i prześwietlań. Jakże n. p. przykry jest fakt, że nie wszystkie nasze szpitale, liczące ponad 1000 chorych, posiadają Roentgena i że są zmuszone posyłać chorych do lekarza poza zakład celem naświetlania lub prześwietlania. Nie lepiej przedstawiają się u nas laboratorja, pomimo iż są tak ważnym czynnikiem w rozpoznawaniu chorób. Nie są też nasze zakłady odpowiednio zaopatrzone w aparaty do badań doświadczalnych, fizykalnych, chemicznych, psychofizycznych i t. d.

Zachodzi obawa, że zbyt skrupulatne stosowanie oszczędności w wydatkach leczniczych, a w konsekwencji brak nowoczesnych urządzeń celem wykonania potrzebnych zabiegów, może wpłynąć ujemnie na reputację naszych zakładów, prowadzonych zresztą tak umiejętnie i wzorowo. Starać się zatem należy usilnie, aby przynajmniej na razie te zdobycze nauki, które danymi środkami uzyskać można, zastosowywano w szpitalach naszych w imię ludzkości i dla dobra Ojczyzny.

Impressions de l'exposition Internationale d'Hygiène à Drêsde.

Par T. MIELCARZEWICZ.

L'auteur décrit dans son aperçu les impressions recueillies de l'exposition d'Hygiène à Drèsde. Il met en relief l'organisation

excellente de l'exposition, souligne la richesse du matériel anatomique, physiologique, pathologique, clinique, thérapeutique et expérimental y présenté, donne une courte spécification des sections les plus importantes de l'exposition et affirme le développement du service hôpital en général et surtout du service dans les hôpitaux psychiatriques, qui se revèle par les efforts entrepris pour assurer aux malades les meilleurs conditions d'existence et de traitement.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr.med. Dr.phil. AL. PIOTROWSKI

Psychologja w stosunku do filozofji medycyny.

Referat na posiedzeniu naukowem lekarzy Zakładu Dziekanka w dniu 24. 2. 33 r. wygłosił Dr. med. Dr. phil. KAZIMIERZ WIZE.

Psychologja, mającą swe źródło w doświadczeniu osobistem, dośrodkowem, introspekcyjnem, korzystająca równocześnie z porównawczych spostrzeżeń na zewnątrz, uwzględnia na pierwszem miejscu fenologję psychiczną z uświadomieniem trzech kierunków jej, poznawania, uczucia i woli. Ponadto liczyć się będzie z ekologją i genologją psychiczną.

I.

Fenologja psychiczna — to nauka o zachowaniu się duszy w oderwaniu od otoczenia i pochodzenia, nauka o duszy zdającej sobie sprawę o zjawiskach samodzielnie. W lingwistyce odpowiada jej rozłożenie słowa na pojedyńcze dźwięki, na tak zwane fonemy; w chemji fizycznej podział na pierwiastki; w biologji na jednostki. Bacon z Werulamu określił rodzaj uprzedzeń, mających źródło w fenologji, jako idola specus.

Jednostka, osobnik, jako istota fenologiczna, jako fenotyp, uświadamia się w trzech kierunkach, w poznaniu, uczuciu i woli.

1. Poznanie buduje się na psychologicznem ujęciu otaczającego nas świata i uporządkowaniu stąd zdobytego materjału w myśl „Ordnungslehre" Hansa Drieschа.[1]) Zgadza się to z tem, co już w Timeuszu powiedział Plato, tam, gdzie wylicza kategorje wszelkich zjawisk, zbliżone do słynnych kategoryj Arystotelesa, które zaprzątywały umysły wszystkich najwybitniejszych filozofów świata zacho-

---

1) Hans Driesch. Ordnungslehre.

dniego przez cały ciąg wieków aż do chwili obecnej, zawierając w sobie wedle słów Trendelenburga „na wieki całe rozciągającą się konieczność.“[1])

Kategorje w Timeuszu uzależnia Platon od duszy wogóle, a od kategorji psychologicznej względności poszczególnie, podkreślając w kategorji istnienia kilkakrotnie jej powstanie z tożsamości i inności, a więc jej względność. Czyni to może pod wpływem nauk Demokryta, ponieważ wogóle cały Timeusz powstał z filozofji Demokryta, tego filozofa, przyrodnika i lekarza, uchodzącego nawet i za nauczyciela Hipokratesa. Plato jak wiadomo, nienawidził Demokryta, pragnął zniszczyć jego dzieła, chociaż z nich korzystał, stając się wtedy jakby kimś innym, zdobywającym się nawet na orzeczenia, godne empiryka czystej krwi, a tak sprzeczne z zapatrywaniami skrajnie idealistycznemi w innych jego dziełach, pisząc n. p. w Timeuszu nawet, że bez znawstwa przyrody nie ma medycyny.[2]) W uznaniu tego stanowiska niemiecki dziejopis medycyny Henschel, ogłosił w czasopiśmie „Janus“, w roku 1847, przekład Timeusza.

W przeciwieństwie do Platona, powołuje się nauka o kategorjach, przepisywana Arystotelesowi, na łączność kategoryj ze słowami języka. Jest to styczność bardziej pośrednia, chociaż dość bliska, ponieważ język jest zwierciadłem ducha ludzkiego, jak to pięknie wyraził Leibniz. Leibniz pisze: „Les langues sont le meilleur miroir de l'esprit humain“, dalej: „une analyse exacte de la signification des mots feroit mieux connaître que toute autre chose les opérations de l'entendement“.[3])

Kategorje w Timeuszu zarówno, jak i w Nauce o kategorjach, obejmują znamiona naczelnej kategorji istnienia, substancji: Są kategorjami formy i treści tego, co jest i co umysł zdobywa na drodze porównania psychologicznego, stwierdzając tożsamość i inność i dochodząc na tej drodze do wyróżnienia.

Podanie tablicy kategoryj istności wzorowanej na Platonie i Arystotelesie z pominięciem racjonalistycznej tablicy kategoryj

---

1) Trendelenburg. Geschite der Kategorienlehre p. 1. Berlin 1846.

2) Karl Sudhoff. Pagels Einführung in die Geschichte der Medizin. Berlin 1915. „Das einzige Wort ohne Naturbetrachtung keine Medizin hätte Plato für alle Zeit einen Ehrenplatz in Lehrvorträgen über Geschichte der Medizin gesichert“.

3) Przytoczone przez H. Vaihingera w dziele Philosophie des Als Ob. str. 1. Berlin.

Kanta, zacierającej tylko jasność przedstawienia zjawisk, unaoczni to co powiedziałem:

Tablica kategoryj ontologicznych.

A. Kategorja psychologiczna, „podstawowa" (Fichte, Renouvier) „Urkategorie" (E. v Hartmann):

1. *Stosunek.* Πρὸς ὅτι (Platon), πρός τι (Arystoteles), ταὐτὸν καὶ τἄτερον (Platon).

B. Kategorja empiryczna bezpośredniego spostrzegania (Heraklit, Maine de Biran, Cieszkowski, Straszewski, Behavioryści). Kategorja „dynamiczna" (Renouvier):

2. *Czynność.* Εἶναι καί πάσχειν καὶ πρὸς τὰ κατὰ ταῦτα ἔχοντα (Pl.), κεῖσθαι, ἔχειν, ποιεῖν, πάσχειν (Ar.).

C. Kategorje matematycznej abstrakcji, „matematyczne" (Kant):

a. arytmetyczne:

3. *Czas.* Ὁπότε (Pl.), ποτέ (Ar.).
4. *Ilość.* Ὁπότε (Pl.), ποσόν (Ar.).

b. geometryczne:

5. *Przestrzeń.* Ὅπη (Pl.), ποῦ (Ar.).
6. *Jakość.* Ὅπως (Pl.), ποιόν Ar.).

D. Kategorja metafizyczna:

7. *Substancja.* Οὐσία (Platon i Arystoteles), ens imaginarium (Wolff.) —

Z kategorji podstawowej stosunku, z przeciwstawienia ταὐτὸν καὶ τἄτερον tożsamości i różności, i z syntezy tego przeciwstawienia w określeniu (Renouvier), wynika syntetyczność wszystkich kategoryj z dwu tez, tezy i antytezy, przeprowadzona dla nich przez Karola Renouviera. Pokrewna syntetyczna dwuczłonowość objawia się w słowach języka. Prefiks wskazuje na wyróżnienie, sufiks zaś uwydatnia zgodność. Napotykamy jedno i drugie n. w słowach zbawiciel, objawiciel, kropidło, spoidło i. t. d. Dwuczłonowości podobnej i tejże samej stosunkowości sztucznym wyrazem jest podwójne mianownictwo, zaprowadzone przez Lineusza w naukach biologicznych, stosowane tu i owdzie i w medycynie. Na tej ogólnej dwuczłonowości polega najpierwotniejsze porządkowanie, będące zasadą wszelkiej nauki.

Kategorja empiryczna czynności jest kategorją bezpośredniego spostrzeżenia i doświadczenia, syntezą kategoryj matematycznych, będących jej abtrakcjami.

Kategorja metafizyczna substancji jest fikcyjnem, hipotetycznem środowiskiem czynności, syntezą ja i nie-ja.

Racjonaliści skrajni, niedoceniający hasła Hipokratesa „experi-

mentum ac ratio", przeciwnicy doświadczenia psychologicznego, przeciwnicy t. zw. „psychologizmu", jako to Kant, Bolzano Cohen, Husserl, a więc zaślepieni dogmatycy, którzy z nakazu Hipokratesa — exprimentum ac ratio — odrzucają experimentum, widzą w kategorjach coś poza duszą, πλὴν ψυχήν. Błąd to, przed którym ostrzegał Plato w Timeuszu w rozdziale o kategorjach. Racjonaliści skrajni mniemają, że kategorje są formami apriorycznemi poza doświadczeniem, służącemi wedle Kanta, jednego z najnieustępliwszych[1]) racjonalistów, dopiero do zgłębienia otchłannego βάθος doświadczenia. Ma się to objawiać szczególnie w matematyce. Matematyk daje w oczach skrajnych racjonalistów, jak i dawniejszych naiwnych matematyków, wyniki niezbite, pewniki niezależne jakoby od doświadczenia psychologicznego.

Racjonaliści mieliby w pewnym kierunku za sobą pozory słuszności, o ile wolno mniemać, że wiele z wyobrażeń matematycznych posiadła przed psychą już psychoida w zrozumieniu Bleulera, albo nawet pamięć form krystalicznych wedle nauki Lehmanna.

Jakby na przekór zwolennikom pewników matematycznych, zaczepiają je matematycy sami. Kopernik zwrócił uwagę na względność ruchu, tej syntezy kategoryj matematycznych. W metamatymatyce podano wątpliwości aksjomy Euklidesa. Henryk Poincaré wykazał względność wszelkich pojęć matematycznych i fizycznych.

Zgodnie z tem można ukształtować, obok uznanych matematyk przeczące im. Tak, jak mówimy o geometrji nieeuklidycznej, możemy mówić i o arytmetyce nieeulerowskiej, i niepeanowskiej logice matematycznej i t. d.

Racjonalista skrajny nie pozbawi nowoczenego matematyka chwały, że często wolno mu się cieszyć z wprost „skandalicznych sukcesów", jak o tem pisze Whitehead z powodu liczb urojonych, nazywając rzecz po imieniu. Matematyka nowoczesna i nauki pokrewne, przestały dawno być ścisłemi naukami, walcząc o pierwszeństwo z naukami najbardziej zuchwałemi, operując nie tylko najśmielszemi, ale i świadomie fałszywemi fikcjami. Fałszywych fikcyj używał do rozwiązywania zadań z wielkiem powodzeniem matematyk Fermat, o czem rozpisuje się Vaihinger w swojej „Philosophie des Als Ob".—

---

[1]) Nie tylko Jan Sniadecki i Mickiewicz w Polsce, we Francji Renouvier ale i zwolennik Kanta w Niemczech H. Vaihinger umiał odnosić się do Kanta krytycznie. Filozof fikcjonalizmu pisze w op. cit. str. 43.: „Freilich hatte dieser grosse Philosoph (Kant)" selbst seine ruhmreichsten Entdeckungen mit den Rettungsversuchen abgelegter nationalistischer Dogmatik befleckt".

Medyk tak samo, jak przyrodnik, zdala od naiwnego, skrajnego racjonalizmu, czy reizmu, matematyzmu, albo nawet dereizmu, znanego z psychjatrji, winien sobie zdawać sprawę z względności wszelkich kategoryj, nie wyłączając kategoryj matematycznych. Jednym z pierwszych krytycznych reistów był lekarz i filozof, Demokryt, który powiedział o sobie, że pisał niejednokrotnie o tem, że „rzecz sama w sobie nie jest dostępną dla umysłu ludzkiego". Kant wsławił się krytycznym reizmem swym, wyzyskując na swoje dobro dawną tę naukę Demokryta. —

Mimo krytycznego swego reizmu lekarz może być pewnym, że w granicach doświadczenia matematycznego na ziemi, nie grozi mu żadne zacięcie palca własnego ani arterji u chorego, jeśli skalpel poprowadzi równolegle do nich. Zdawać sobie będzie sprawę, że istnieją równolegle i na powierzchniach o pewnej krzywiźnie dodatniej, czy ujemnej, chociaż nie będą linjami najdłuższemi danej powierzchni, a najbliższemi, jako połączenie dwu punktów tejże krzywizny, tem bardziej, że zarówno on, jak i przyrodnik, mają do czynienia prawie zawsze z powierzchniami o pewnej krzywiźnie, ponieważ powierzchnie idealnie płaskie istnieją właściwie tylko w oderwaniu myślowem, jako fikcja, a więc nawet nie „na papierze". Medyk nigdy nie będzie mieszał płaszczyzny z powierzchnią stereometryczną, planimetrji ze stereometrją, ani bryły z przestrzenią, jak to czynią zdaniem Glasenappa niektórzy metamatematycy[1]).

Ciekawie wygląda sprawa doświadczenia przyrodniczego i medycznego w stosunku do równań, sztandarowych dla naiwnych skrajnych racjonalistów i reistów, jak n. p. 2×2 jest 4. Dawki lecznicze, pomnożone w powyższy sposób, dają niespodzianki bardzo niebezpieczne. Lek podwojony może stać się trucizną, nie zaś lekarstwem podwójnej mocy. Antytoksyna broni przed większą ilością toksyny w jednej dawce, aniżeli w dawkach oddzielnych, czego przykładem jest t. zw. fenomen Danysza. Pokrewne niespodzianki, nawet w rodzaju „dwa razy dwa jest lampa", jak z powodu logiki matematycznej, czy raczej dereizmu u pięknych dam pisze Sienkiewicz, napotyka się wszędzie i poza medycyną, prawie na każdym kroku. Przytaczam zupełnie przygodnie z pracy chemicznej B. Kamieńskiego i K. Karczewskiego: „Mały dodatek soli amonowych wpływa korzystnie na przebieg reakcji", (Galettiego) „natomiast duży nadmiar zaciera zupełnie punkt zwrotny krzywej bilo-

[1]) K. F. Wize. Miscellanea p. 83. Poznań 1928.

garytmicznej".[1]) Zawsze więc experimentum ac ratio, nie zaś same ratio. Hipokrates w zgodzie z Platonem, jak w Timeuszu.

Lekarz liczyć i mierzyć powinien, lecz równocześnie i sprawdzać na drodze doświadczenia. Nie wolno mu być naiwnym matematykiem, lecz krytycznym, a więc takim, jak n. p. Whitehead. Doświadczenie oswoi go wtedy nawet z tą myślą, że bywa różnie, że n. p. niezdrowie razy zdrowie, coś w rodzaju — razy +, daje zdrowie +, albo naodwrót niezdrowie —, dalej, że zdrowie razy zdrowie, + razy +, daje czasem niezdrowie, a więc —, i że nakoniec niezdrowie razy niezdrowie, a więc, — razy —, daje zdrowie, a więc +, albo i niezdrowie, a więc —. Zdrowe serce ratuje n. p. chorego na dur brzuszny, dur brzuszny zabija i zdrowe serce. Sport, zdrowy w zasadzie przyczynia się do powstania wady serca atlety i do skrócenia życia i u najzdrowszych osobników. Paraliż postępujący leczą niektóre choroby zakaźne; przed ospą ludzką chroni nas ospa bydlęca. Stany patologiczne narażają na śmierć, nawet w wypadkach zachorzeń o łagodnym przebiegu. Należy tu zjawisko anafilaksji i alegrji.

Podane niespodzianki w zakresie medycznej matematyki potwierdzają jakoby twierdzenie H. Vaihingera, że liczby ujemne są sprzecznością samą[2]). Young, matematyk, pisze: „Również niedorzeczne, tak naukowo, jak pedagogicznie, są wszelkie usiłowania udowodnienia praw podstawowych dla znaków: „minus razy plus jest minus, minus razy minus jest plus". Prawa te powinniśmy przedstawić raczej jako „prawidła gry", co do których usprawiedliwienia przekonywać się będzie matematyk coraz bardziej w miarę postępu jego nauki".[3])

Wymienione przez nas kategorje, odpowiadające kategorjom Platona w Timeuszu i kategorjom z nauki o kategorjach przypisywanej Arystotelesowi, dotyczą istnienia, a razem z tem dwóch pierwszych zasad z metafizyki Arystotelesa: — formy i treści. Obok nich znamy kategorje celowości, uwzględniające dwie dalsze zasady metafizyki Arystotelesa: — przyczynę i skutek. Z tego, że coś

---

1) B. Kamieński i K. Karczewski. Rocznik Chemji Rok 1931. Warszawa pg. 598. Wpływ ionów potasu i wodoru na przebieg reakcji Galettiego.

2) H. Vaihinger op. cit. 567.

3) J. W. Young. Dwanaście wykładów o zasadniczych pojęciach algebry i geometrji. Warszawa — Lwów. Wende i Sp. bez daty.

może istnieć, lub nieistnieć, duch ludzki określa warunki tego istnienia, lub nieistnienia. Przeciwstawienie istnienia nieistnienia jest tak samo podstawowem dla kategoryj, celowości, jak kategorja stosunku, wyrażająca się w zgodności i przeciwieństwie, w ταὐτὸν καὶ τἄτερον, dla kategoryj istnienia.

Scisłe myślenie wykazuje fikcyjność kategoryj celowości jeszcze oczywistszą od fikcyjności kategoryj istnienia[1]). Zarzutem tej fikcyjności złośliwym jest formułka: p o s t h o c, e r g o p r o p t e r h o c. Myślenie praktyczne jednakże, które przyświeca zarówno lekarzowi, jak i przyrodnikowi, oraz i każdemu istnieniu, pragnącemu sobie dać radę w świecie otaczającym nas, widzi w kategorjach celowości, mimo ich fikcyjności, najważniejszą bodaj podstawę naszego postępowania, sprężynę czynów naszych, niezawodzących w oczekiwaniu. Możliwość, prawdopodobieństwo, wyjątkowość, przypadkowość, konieczność i nieodwołalność, oto zakres tego, co zaprząta nieustannie, nietylko umysł lekarza podczas spełniania obowiązków, ale i chorego, żądającego od lekarza najpomyślniejszej w tym kierunku odpowiedzi.

Lekarz genjalny będzie nadto umiał przewidywać, nie tylko na podstawie kategoryj celowości, ale pozwoli sobie i na wnioskowanie z analogji[2]), oraz na niekrępowanie się zbyteczne niezliczonemi formami wniosków wszelkiej tak mało produktywnej erystyki dawnych, czy nowoczesnych djalektyków, sofistów, lub dogmatyków, zniewolonych do zgóry przewidzianych wyników rozumowania. Swoboda i rzutkość były, są i będą hasłem przyrodnika i lekarza, choćby krytyki domniemanej ścisłości wnioskowania nie rozciągali tak daleko, jak znakomity filozof niemiecki, Wilhelm Schuppe,[3]) będący pod tym względem następcą filozofów oświecenia z osiemnastego wieku. W ich duchu odzywa się prostodusznie lecz trafnie, Franciszek Karpiński: „Porzucił ją", perypatetykę-tak

---

1) M. Kleinpeter. Das Kausalproblem ein Scheinproblem. Zeitschrift für, positivistische Philosophie II. Bd 3-4 Heft. p. 1910. Berlin 1914. Goblot twierdzi, że sylogizmy nie dają sądów istotnych. Są one nieskończonemi, logicznie niedostępnemi mnogościami, ponieważ pochodzą od empirycznie zdobytych wyobrażeń. K. F. Wize. Der vierte internationale Kongres für Philosophie in Bologna. Vierteljahrschr f. wissenchftl. Philos. u. Soziol- XXXV 4. p. 474.

2) Wł. Biegański. Wnioskowanie z analogji Lwów. 1909.

3) Schuppe, Erkenntnistheoretische Logik. Breslau 1881. K. Wize. Vierteljahrschrift f. wissenschftl. Philos. u. Soz. XXXKI. 314. Medykom rzucił w tym kierunku ostrzeżenie Petrarca: „Syllogisant, non curant".

nazywa Karpiński logikę sylogistyczną Arystotelesa i jego następców — z czasem świat oświeceńszy i kiedy świeżo uczony Kant w Królewcu gwałtem znowu do szkół wprowadzić perypatetykę pismami swemi usiłował, sobie tylko uczynił krzywdę, że użyteczną teraźniejszą filozofję na doświadczeniach fizycznych, geometrji zasadzoną, do dawnego powrócić chciał".[1]) Z filozofją oświecenia, z przestrogami Karpińskiego w zgodzie idą nowocześni zwolennicy idei przekraczania i skokowości. Dla nich nie istnieją pęta sylogistyczne w kierunku przesadnej czci dla ciągłości. Jeden z nich, duński fizyk Bohr, stworzył hipotezę o przeskoku elektronu z jednej orbity w drugą. Hipoteza ta stała się podstawą „teorji kwantów."[2]) —

Na poznaniu opiera się mądrość medyczna, będąca równocześnie i jedną z cnót kardynalnych lekarza, jego ozdobą i urokiem, jako objawiciela dobrej nowiny, którą jest zdrowie. Cnotę mądrości wywodzi i Cicero, zgodnie z powyższem, z poznania. —

2 Zakres uczucia nie wyłączono z psychologji bodaj nigdy. Nie potrzeba więc wykazywać łączności zjawisk uczuciowych z psychologją, tak, jak to od czasów Kanta stało się koniecznem przy omawianiu zjawisk złączonych z poznawaniem.

Uczucie można określić jako uświadomione w duchu wrażenie z towarzyszącem jemu zadowoleniem lub przykrością. Zadowolenia doznajemy równocześnie z tem, co pozwala ujawnić nasze funkcje, nie wyczerpując ich, podtrzymując je i mnożąc ich zapas, oraz z tem, co koi nasz niepokój twórczy. Niezadowolenie, przykrość, sprawia nam to, co powstrzymuje nasze funkcje, co sprowadza przesyt, podkopuje możność uzewnętrznienia czynności, skazując nas na martwotę.

W dziejach nauk filozoficznych zdarzył się w ośmnastym wieku szczególny wypadek. Kant w swojem zarozumieniu mniemał, że uczucie zadowolenia i przykrości dla filozofji odkrył.[3]) Niemcy

---

[1]) Pamiętniki Franciszka Karpińskiego, z przedmową P. Chmielowskiego str. 24. Warszawa 1898.

[2]) K. Brunold. Nowe poglądy atomistyczne. Biologja lekarska X. 7. str. 320. r. 1931.

[3]) Por. K. F. Wize. Miscellanea p. 99. i n. Poznań 1928. Tu należy dodać, co o Kancie nadmienia Spengler w „Der Untergang des Abendlandes" p. 163. Spengler przytacza zdanie Kanta, o stylu myślenia Platona, jako o „sztuce wielosłownej paplaniny". —

i inni zwolennicy Kanta uwierzyli słowom wielkiego myśliciela, widząc w Tetensie jedynie poprzednika rzekomego, doniosłego odkrycia. Nieuprzedzonemu badaczowi trudno zrozumieć, jak mogło dojść do takiego zaślepienia. Toż to najbliższy Kantowi, Feder, którego filozofję Kant w Królewcu programowo wykładał, łączył za przykładem Riedela piękno z uczuciem. Toż to mało uznawany przez Kanta, Leibniz, zarówno jak i Spinoza, uczucie znali, choć je pod wpływem nauk Kartezjusza wobec rozumu upośledzili, wyznaczając mu miejsce wśród wyobrażeń mętnych i niedostrojonych, mędrca mniej godnych.

Filozofja starożytna sławiła uczucie zapału i entuzjazmu, tam gdzie panowała swoboda, na kresach i w kolonjach, n. p. przez usta Demokryta. Plato, filozof stołeczny, nakładał sobie przymusowe pęta z obawy przed ochlokracją tłuszczy, ustawiając w miejsce entuzjazmu, uczucie miary i wstrzemięźliwości, skłaniając się do starodawnego hasła: Μηδὲν ἄγαν dobrotliwych tyranów, Pitakosa i Kleobulosa, zalecających wstrzemięźliwość, nie tyle oczywiście sobie, ile poddanym. Tylko w poezji, w tragedji dyonizyjskiej pozwalał stołecznie płytki tłum Ateńczyków na wywoływanie silniejszych uczuć, mających na celu doprowadzenie widza i słuchacza do słynnej κάθαρσις τῶν παθημάτων, do rozwidnienia uczuć, w czem naśladowali poetów także i mowcy, gdy chodziło o obronę przestępstwa u ulubieńca tłumów, lub o podjudzenie przeciw człowiekowi nad tłum wyrosłemu. Plato, wróg Demokryta, wydrwił jego entuzjazm, objawiający się u poetów i genjuszów, zestawiając go z obłąkaniem. Myśl Platona podejmowali następcy, Cicero, Lombroso. Plato sam na polu poezji nie miał szczęścia nie umiał zdobyć się na zapał poetycki, zdolny jedynie do stworzenia artystycznych całokształtów. Próby nieudane w tym kierunku wznieciły w nim znaną ogólnie niechęć, czy nawet nienawiść do poetów i do artyzmu.

Z Platonem stał się czcicielem wstrzemięźliwości i miary Arystoteles, zależny początkowo od tyrana i króla Aleksandra, wielkiego swojego ucznia, liczący się później z tłuszczą Aten, uciekając przed nią pod koniec życia do Chalcis na Eubei.

W zgodzie z Platonem i Arystotelesem wymienia i Cicero między cnotami kardynalnemi, nie zapał, lecz wstrzemięźliwość, widząc początek jej w uczuciu wiary.

A przecie u wrót życia stawa nie wstrzemięźliwość, ale zapał. Zapał i okrzyk: Plus ultra! wypisany

na sztandarach Kastylji, pozwolił nam odkryć nowe lądy i Świat Nowy.

W medycynie, jak w życiu, dobra jest wstrzemięźliwość w rzeczach błahych i mniejszej wagi, w rozkoszach ciała, lecz w rzeczach wielkich, w duszy pokarmach, wstrzemięźliwość do niczego nie prowadzi, bo tylko „zapał tworzy cudy“. A w medycynie chodzi o rzeczy nie tylko wielkie, ale i święte albowiem, jak wiemy, Res sacra miser.

Genjalny i ofiarny lekarz nie będzie wstrzemięźliwym, gdy chodzi o śmiały zabieg, o ostateczny wysiłek, a życie chorego wisi na włosku. Ale i życie chorego, silne, twórcze duchem, chociaż zagrożone i krótkie, jak u Słowackiego i Szopena, albo i u Antygona, króla i wodza macedońskiego, który przed zwycięstwem wykrzyczał płuca i padł nieżywy, więcej znaczy, niż długie bytowanie bez pożytku dla siebie i dla kraju, przedłużane w leniwej wstrzemięźliwości. Sanatorja nie powinny być przytułkiem i przyczyną ostatecznego pasożytnictwa, lecz trzebaby, żeby chorzy w nich przebywający nie zapominali o zadaniach życia. Będzie to zarazem najlepszy sposób do podtrzymania wiary w życie i wartość osobistą mimo kalectwa, jako i droga do najprędszego wyzdrowienia a choćby tylko do wybawienia od zwątpień duchowych od cierpień fizycznych.

3. Trzeci szereg objawów, w jakich obraca się dusza i jaki wytyka sobie nauka o duszy, psychologja, w ramach fenologji, nazywamy wolą. Wola kieruje doświadczeniem, zdobytem na drodze poznania, ku zadowoleniu uczuć dodatnich, ku usunięciu wszystkiego, co działa na nasze uczucia ujemnie. Wola odgrywa rolę w samem poznaniu, będąc podstawą uwagi i sprężyną przypominania; kojarzenie nieświadome uzupełnia się za pomocą uwagi, kierowanej wolą do kojarzenia świadomego, percepcja urasta do apercepcji. Nie próżno ustanowił Gołuchowski hasło: volo, ergo cogito, ergo sum, uzupełniając w ten sposób słynne cogito, ergo sum, które zawdzięczamy Kartezjuszowi.

W filozofji medycyny zagadnienie woli i jej zdrowia w związku z dążnościami wybicia się w życiu i z osiąganiem szczęścia wypełnia dział ważny. Brak woli jest przyczyną chorób i ogólnego załamania życiowego, na co lekarz zwracać winień szczególną uwagę, by zawczasu złemu zaradzić przez wpływanie na wolę a tylko w ostatecznym razie przez stosowanie środków farmakologicznych w oględny sposób.

Lekarz sam uzbraja się w silną wolę, ażeby módz ją przelać na chorego, wzniecając w nim wiarę, że zdrowie powróci.

Z woli urasta cnota, którą uznawali już starożytni, męstwo. Męstwa potrzeba cierpiącym: potrzeba go i lekarzowi przy niebezpiecznych nieraz wskazaniach i zabiegach. Zródła męstwa dopatrywał Cicero w woli ku mocy, od czego pochodzi późniejsze hasło Nietzschego: „Wille zur Macht,“ głoszone jako najważniejsza sprężyna i podstawa życia każdej istoty.

II.

Psychologja, a z nią filozofja ogólna, oraz filozofja nauk przyrodniczych i medycyny, nie mogą zadowolnić się samą fenologją. Człowiek zdrowy, człowiek cierpiący i lekarz zależni są od otoczenia, zarówno na ziemskim globie, jak i w międzygwiezdnej przestrzeni, w ściślejszym zaś zakresie od rodziny, społeczeństwa, narodów. Obok fenologji winna psychologja, a z nią razem i filozofja ogólna wraz z filozofją przyrody i medycyny uwzględnić i ekologję.

W lingwistyce należą do ekologji zjawiska złączone z tem, co Ułaszyn nazwał morfonemą[1]), w fizykochemji zjawiska katalityczne, w biologji ekologja biologiczna, w satyrze filozoficznej idola fori (Bacon). Osobnik biologiczny w stosunku do otoczenia przedstawia się nam jako ekotyp.

Osobnik biologiczny, jako psychiczna jednostka, natrafia na otoczenie częstokroć jakoby obce zupełnie, na pokrewne tylko w życiu płciowem; dzieje się to u istot żyjących całkowicie w odosobnieniu, jak n. p. u owadów składających jajka pojedyńczo. W innych wypadkach ekologja osobnicza rozciąga się nie tylko na otoczenie obce, ale i na rodzinę, społeczeństwo, gniazdo, jaskinię, stado, gromadę, grupy, albo i na zwierciadła, jak u zbrojówki księżycówki, lub pasma, jak u prządki towarzyszki i t. p.

Istnieje ponadto ekologja pasożytnicza, ekologja symbiozy swobodnej, oswajania, udomowiania, podboju, ujarzmiania, Syndbadyzmu, nakoniec ekologja symbiozy całkowicie w jedno przetopionej. Jako pasożyty znane są n. p. bakterje, robaki, owady, rośliny

1) H. Ułaszyn. Laut, Phonema, Morphonema str. 53. Travaux du cercle linguistique de Prague 4. Réunion phonologiqe internationale tenue à Prague (18-21. XII. 1930) Prague 1931.

z chlorofilem i pozbawione go. Przykładami symbiozy swobodnej są w ludzkiem otoczeniu bociany, jaskółki, wróble, szczury, zaskrońce węże domowe litewskich i białoruskich chat, muchy i inne robactwo mieszkaniowe, u mrówek, u mirmekofilów te, które nie należą do ich zwierząt hodowlanych. Udomowianiem stoi gospodarstwo rolne i domowe ludzi i dobrobyt mrówek. Podbój i ujarzmienie prowadzą do niewolnictwa i tworzenia protektoratów u ludzi i u zwierząt, a nawet u roślin, które wchodzą z zwierzętami w związki „hiperindywidualnie duchowe".[1]) Syndbadem jest człowiek, roznoszący choroby zakaźne i pasożyty skórne, jest chrząszcz grabarz i krówki z pajęczakami na spodniej części ciała, jest pszczoła i trzmiel z uczepionemi larwami meloid, mającemi się dostać do ulów. Syndbadami są owady z wklinionemi w przegubach karku Labulbeniaceami, a między owemi i mucha domowa z misternym Stigmatomyces Baeri, które makroskopowo w całości, wygląda jak gęsty rudy zarost samego starca morskiego, nie opuszczającego już nigdy swojej ofiary. Symbioza całkowicie w jedno przetopiona natrafia się u porostów.

Symbiozę kosmiczną, zależność wszelkiego istnienia, pomyślaną choćby jako jedno wielkie skrzyżowanie pól elektromagnetycznych widziećby można w stosunku wszystkiego, co jest, do jakiegoś „Numinu", czy Boga w ujęciu Fichtego, albo u Konopnickiej w Księgach Ducha.

Wpływy ekologiczne, te, lub inne, działają na ogół stale; lecz w niektórych wypadkach występują i perjodycznie, a więc z porami roku, podczas dojrzewania płciowego i powracającej pory godów miłosnych, jakoteż w chwilach wędrówek wspólnych, corocznych, czy zależnych od okoliczności, jak n. p. u ptaków wędrownych, albo szarańczy, szklarek, bielinków na Helu, lemurów w Skandynawji i t. d.

Osobne zmysły kierunkowe, chemiczne, czułe na fale elektryczne, dostrojone do chemicznego i elektrycznego porozumiewania się działać się zdają natenczas podobnie, jak anteny, busola, barometr, zogniskowania, resonas, akustyczny odzew, telepatyczny węzeł i t. d.

W stosunkach ludzkich wynikają z ekologji ludziom właściwej obowiązki narodowe i socjalne. W zakresie medycyny powstaje tu dział eugeniki narodowej i społecznej. Chodziłoby w tym kierun-

---

1) E. Becher. Die fremddienliche Zweckmäsigkeit der Pflanzengallen u. die Hypothese eines überindividuellen Seelischen. Lipsk. 1917.

ku n. p. o pogodzenie rozrodczości na korzyść obrony kraju, cywilizacji i rozszerzenia kultury narodowej z wystarczalnością środków. Chodziłoby o ustosunkowanie eugeniki narodowej do eugeniki mającej dobro ludzkości na celu. Jednostronne wysuwanie bezmyślnego hasła, w zdrowem ciele zdrowy duch, znajdzie się w przeciwieństwie z prawdą dla wielu istotniejszą, że najczęściej w chorem ciele wielki duch. Eugenika ciasnych zaślepieńców, czcicieli zdrowia li tylko cielesnego, gotowa byłaby Euzebjusza Słowackiego skazać na bezżeństwo, ponieważ był gruźlikiem. Polska nie miałaby Juljusza Słowackiego: brakłoby nam tego najbardziej anhelicznego zdobywcy polskich ideowych wartości, tego najbardziej życia godnego bogacza duchowego wśród nędzarzów ciała. I rodzicom Beethovena mógłby jaki zacietrzewiony eugenik zakazać mieć dzieci.

Do zakresu ekologji należy lecznictwo ubezpieczeniowe i higjena społeczna.

Cnotą ekologiczną jest poświęcenie, w miejsce ogólnie wysuwanej, jako cnota kardynalna, sprawiedliwości. Poświęcenie jedynie pobudza do całkowitego oddania się, jakie potrzebne jest do ostatecznego wyleczenia powierzonego nam chorego, do trudów połączonych z pielęgniarstwem. Sprawiedliwość jest czemś zimnem, niewystarczającem, a nawet złudnem. Poświęcenie rodzi się z miłości, zaliczanej do cnót ewangielicznych. Miłość jednakże w stosunku do poświęcenia podkreśla, co najmniej u współczesnych niewolniczych wyznawców libido, osobiste pobudki, których lekarzowi ani pielęgnarzowi wobec chorych na pierwsze miejsce wysuwać nie wolno. U starożytnych pojęcie miłości nie łączono tak ściśle z płcią, jak za naszych czasów. To też miłość w pojęciu Hipokratesa nie miała prawie płci na oku, kiedy ten wielki partrjarcha medycyny pisał: „Albowiem, gdzie miłość ku ludziom, tam znajdziesz i miłość ku sztuce.“ To samo powiedzieć można z powodu Teofrasta Bombasta z Hohenheimu i jego słów, że „najwyższem celem leku jest miłość“.[1)]

III.

Obok fenologji i ekologji uwzględnić należy w psychologji i filozoji ogólnej, jak i w psychologji i filozofji przyrody i medycyny jeszcze i trzeci zakres duchowy: — genologję psychiczną.

---

1) K. Sudhoff op. cit. 231.

W lingwistyce z genologją w związku są t. zw. morfemy, w fizykochemji elektrowartościowość, podstawa, czy właściwa istota ekwiwalencji, w biologji objawy gatunkowe, w filozofji satyrycznej idola tribus (Bacon).

Genologja antropologiczna jest to nauka o tem, co człowiek przynosi z sobą, jako gatunek, jako genotyp, będący zależnym od chwili dziejowej, wnoszący z sobą cały zasób doświadczeń rodu. Jest to wieść, dobra nowina, o jego gmerkostwie, gazdostwie, szlachectwie dziejowem, o zawołaniach jego człowieczeństwa, o jego Synostwie Bożem.

Wysuwając tu Synostwo Boże, jako pierwiastek genologicznie twórczy, postępuję zgodnie z filozofją romantyczną, chociaż posługiwałem się metodą wcale nie mistyczną, lecz przyrodniczą. Inne pierwiastki genologiczne, jak u Konrada w Dziadach, jak u Irydjona, albo i u Kordjana, są pokrewne. Mniej narodowym w tendencji od podanych jest pierwiastek Fausta, razem z jego zacietrzewieniem w kierunku przymusowego wywłaszczenia, wykonanego przez pachołków djabła na osobach Filemona i Baucis.

Pierwiastek Narcyza i Edypa, tak, jak go wysuwa chwila obecna, należy może do zakresu hasła: Na początku była chuć, u nas doprowadzonego w genjalny, czy może raczej żałosny, sposób do absurdu dzięki wysiłkom Stanisława Przybyszewskiego. Od hasła tego odbiegały już i odbiegają przed człowiekiem i z człowiekiem zwierzęta, tworzące formy całkiem nie płciowe, lecz czyniące rodowe posłannictwo robotnic, żołnierzów, lekarzów, pielęgniarzów, nianiek, jak u mrówek, pszczół, termitów, polipów i t. d. Hasło płci jest jednostronne, przezwycięża je każdy Gilgamesz - Herkules pośród nas, po postanowieniu powziętem na rozdrożu, wytykając sobie cel życia, niezależny od niczem nie krępowanego dogadzania popędom płciowym, dobrego dla szarej masy, lecz nie dla wybrańców nie tylko rodu, ale i zawodu.

Psychjatra, pedagog, poeta dydaktyczny, lekarze ciała i ducha, liczyć się muszą z wszystkiemi podanemi pierwiastkami genologicznemi, naprowadzając osobniki, powierzone ich pieczy i trosce, na drogę do najwyższych celów, do wprowadzania w ruch rytmów rodowych.

Genologja nie odgrywała w filozofji dotychczasowej przynależnej sobie roli. Pokazuje się to w podawaniu czterech tylko cnót kardynalnych, trzech fenologicznych, czwartej ekologicznej z pominięciem cnoty genologicznej. Uwydatnia się to i w nieuwzględnieniu

genologji w skali nauk ustanowionej przez pozytywistów. Genologji należałoby się miejsce ponad socjologją, wyrażone formułką: a + b + c + d + e + f + g + h + I.[1])

Niecałkowite uświadomienie genologji w filozofji kazało zapomnieć o teorjach ewolucyjnych, rozwiniętych przez filozofów przyrody i medycyny i oprzeć się jakoby na mniemaniu, że się świat nie rozwija wzwyż, lecz kieruje ku zagubie, nie kroczy ku zdobyciu Królewstwa Bożego na Ziemi, lecz oddala się coraz bardziej od fikcji odwrotnej, od Złotego Wieku w zaraniu dni. Nauka Platona o ideach i o anamnesis jest genologją szczątkową, rośliną z pąkami zamierającemi, mającą tylko przeszłość na względzie, zakorzenioną w ziemi, niezdolną do życia podniebnego. Związane z genologją innego rodzaju, bo jakby tylko mistyczną, lecz nie przyrodniczą, jest powoływanie się Sokratesa na dajmonjon, do czego pewną analogię stanowi przytaczanie przez Platona wyrokowań Deotymy, szczególnie, gdy argumenty rozumowania poczynają zawodzić.

Genologja zdobyła pełne znaczenie w czasach nowożytnych od pojawienia się poetów, jak Mickiewicz, Krasiński, Słowacki, z ich ideami o Pielgrzymstwie Narodów, o Irydjoniźmie, o Królestwie Ducha, jakoteż od wystąpienia filozofów, jak Libelt, Kremer i późniejsi, a więc Spencer, Nietzsche, Bergson, z ich teorjami ewolucjonistycznemi, zgodnemi z naukami przyrodników, medyków, antropologów i embryologów. Józef Kremer pisze w Logice, że jednostka sądzi się być jednostką, a jest gatunkiem i społecznością. Jako uczonego, świadomego znaczenia genologji, nie tylko przyrodniczego, ale i filozoficznego, wymienię tu z nowszych Bolesława Namysłowskiego, autora „Rozważań nad Problemem Rodziny i Rodu."

My i dusza nasza, wszystkie zwierzęta, rośliny, pierwiastki chemiczne, czy też siły na skrzyżowaniu pól elektromagnetycznych, jako typy genologiczne, nie jesteśmy jedynie chwilowem zjawiskiem, jesteśmy wieczni, wieczyści, jesteśmy gatunkiem.

Nasza pamięć wiąże się z pamięcią rodu „narastającą" nieustannie, jak uczy Supiński o „zasobie społecznym." Obdarzeni jesteśmy mnemą[2]) z wszystkiemi jej dawnemi i nowemi engramami

---

1) K. Wize. Zakres Filozofji Medycyny. Archivum Historji i Filozofji Medycyny 1931. Miscellanea str. 81. Metafizyka ogólnego przekraczania. Poznań 1928.

2) Semon „Mneme".

gotową wiecznie do przyjęcia coraz nowych engramów, z całą odpowiedzialnością jakie na nas nakłada fatum urodzenia, czy nawet zbrodni popełnionej w naszym rodzie, jak w rodzinie Edypa z całem apostolstwem idej w ujęciu Augusta Cieszkowskiego, kierujących nami, jak wedle późniejszego nieco Alfreda Fouilleé władają ludzkością les ideés-forces. Odstąpienie od apostolstwa rodu sprawia boleść jednostce, chyba że wyłoni się z pozornego odstępstwa łącznik między „dawnemi a nowemi laty“, jakim jest jednostka genjalna.

Genjusz stwarza ponad engramami dawnemi nowe, przez siebie wypisywane. Może, zapoznany, zwątpić o sobie, nie będąc rekordzistą chwili; pozostawi jednakże tę siłę fatalną, która, jak wiemy, zjadaczów chleba w aniołów przerabia. Nowemi engramami zdobędzie dla siebie nieśmiertelność i będzie mógł powiedzieć: „Ja nieśmiertelność tworzę.“

W odwrotnym kierunku posuwa się zbrodniarz; w miejscu pozostaje matoł. Chorobliwą podatnością zakotwiczania engramów we własnej duszy wyróżniają się niektórzy psychopaci. Engramy psychopatyczne znane są, jako t. zw. urazy psychiczne.“

Do zakresu genologicznego należy piąta cnota kardynalna, posłannictwo. Cnota to od czasu herojów i kultu ich, od czasu świadków, męczenników, nie zawsze uświadomiona, nie była stałem hasłem filozofji. Jest przecie treścią nie tylko jakiegoś mistycyzmu, ale i każdego zawodu, a więc i zawodu lekarza i pielęgnujących.

W medycynie do genologji, wyrosłej z psychologji gatunku, należy tradycja medyczna, historja medycyny, lekarz jako czynnik dziejowy.

Medycyna tkwiąca prapoczątkami w znachorstwie, szamaniźmie, auguryzmie, czarownictwie,[1]) jakby w glebie pozbawionej światła, rwie się wzwyż, ku płonącym zorzom, pełniąc od czasów Demokryta i Hipokratesa, posłannictwo, uwalniając ludzkość od znachorstwa, szamanizmu, auguryzmu i czarownictwa. Pomocą w tej walce było w obrębie cywilizacji śródziemnomorskiej ogólne zwycięstwo cywilizacyjne kultów Eleuzyńskich, Mitry Wielkiego i Chrześcijaństwa, upostaciowane walką duchów dobrych ze złymi; miażdżeniem głowy gadowi, nie bez analogji z obserwacjami powracających pór roku i gwiezdnych układów poprzez księżycowe, słoneczne i Platońskie lata. —

1) Wilhelm Wundt. Psychologja Ludów. Lipsk 1917. Wł. Szumowski. Historja Medycyny filozoficznie ujętej. p. 19.

Psychologja genologicznie, ekologicznie i fenologicznie ujęta, należy do zakresu psychologji ludów. W zależności od takiej psychologji jest medycyna, jak dla Wundta sztuka, tą harfą, tym przyrządem, na którym gra nie tylko pojedyńczy człowiek, ale i narody na przestrzeni lądów i w postępie wieków. Ponad tem wszystkiem panuje pięć cnót kardynalnych w nowoczesnem ich ujęciu: mądrość, zapał, męstwo, poświęcenie i posłannictwo. Dziejopis medycyny przypomni sobie tutaj, że już przed czterema tysiącami lat ustanowił cesarz chiński, Hoang-Thi,[1]) również pięć cnót naczelnych lekarza: litość, porządek, mądrość, prawość i wierność. —

La Psychologie en vue de la medecine.

Par le Dr. med. Dr. phil. K. Wize.

La psychologie médicale doit respecter la phénologie (avec ses trois composantes: connaissance, passion, volition), l' „écologie" et la „génologie".

Il en resulte les cinq vertues cardinales du médecin: la prudence, l'enthousiasme, l'audace, le dévouement et la mission.

Wojewódzki Zakład Psychjatryczny Dziekanka
Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

Leczenie porażenia postępującego malarją

(Dalsze doświadczenia w Dziekance).
Podał prymarjusz Dr. Stanisław Świerczek.

Niniejsza praca stanowi uzupełnienie 2-ch prac poprzednich autora (r. 1929 i 1931) i obejmuje dalsze doświadczenia dotyczące leczenia malarją porażenia postępującego w Dziekance, za rok 1931 i 1932.

Część wstępna zawierać będzie wzorem prac wspomnianych, przegląd literatury, celem zobrazowania najważniejszych postępów badań odnoszących się do porażenia a zwłaszcza jego leczenia malarją.

Prace statystyczne przedstawiają nadal często sprzeczne dane F. Kafka opracował statystykę zakładu psychjatrycznego w Pradze,

1) K. Sudhoff op. cit. p. 5.

za czas 1903-1922. Przypadki porażenia stanowiły 12 proc. wszystkich przyjęć, stosunek mężczyzn do kobiet wynosi 4:1. Najwięcej chorych było w wieku 41-50 lat, a następnie 31-40, co niezupełnie odpowiada dotychczasowym obliczeniom, z których wynika, że wiek 35-40 lat daje największy procent porażenia. W pracy Heilberga znajdujemy zestawienia za długi okres czasu (1868-1930), dotyczące Kopenhagi. W czasie tym zameldowano tamże 90 000 przypadków luesu, a 2000 zgonów paralityków. Procentowo ilość paraliżu u mężczyzn była ta sama co i kobiet w stosunku do syfilisu. Po okresach wzmożonej częstości luesu, następowały (po kilkunastu latach) takie same okresy zwiekszonej ilości zgonów paralityków. Podobne wyniki ogłosił Lomholt, podając wiek 40-50 lat jako najczęstszy w p. p. Alurralde i Sepich donieśli, że procent zachorzeń neurologicznych na tle luetycznem wzrósł w czasie od 1913 do 1927, z 14, 1 % do 21% (tabes z 2,64% do 5%) w Buenos-Aires. Wedle Antonoffa nastąpiło w Bułgarji, w latach 1921 -1930 zwiększenie procentowe porażenia z 6,5 na 7,5%, przyczem stosunek mężczyzn do kobiet uległ przesunięciu z 1 : 5,9 do 1 ; 4,3. W czasie tym zapadalność mieszkańców na paraliż wzrosła o 100% W okresie wojny światowej wzmogła się trzykrotnie liczba paralityków w wieku 25-30 lat, w porównaniu do okresu przedwojennego. Autor wykazał również różnicę najczęściej spotykanego wieku u paralityków, który w okresie wojennym obejmował lata 35 - 40, a w okresie pokojowym 45 - 50, Podobne dane dla Bułgarji podał Pajakoff opierając się na statystyce swego oddziału psychjatrycznego. Ilość paralityków podał jako 5,2% przyjęć. Wedle Bornsteina porażenie jest u żydów względnie częstsze. Sézary i Barbé twierdzą, że p. p. jest na wsi rzadziej spotykane oraz proc. p. p. u luetyków mniejszy. Przeciwnie podają Grszebin i Tapelson. Zagadnienie stosunku ilościowego porażenia do luesu jest według Wagnera dotąd nie rozwiązane. Kirschbaum obliczył ilość przypadków wcześnie występującego paraliżu (poniżej 30 r. życia, na podstawie materjału kliniki hamburskiej na 3-4 proc. W przypadkach tych inkubacja paraliżu była dłuższa u tych chorych, u których zakażenie nastąpiło między 15-20 rokiem (7-15 lat), natomiast znacznie krótsza w przypadkach zakażenia po 20 roku. Okazało się przytem, że czas inkubacji był niezależny od leczenia przeciwkiłowego. Wspomniany powyżej autor duński Lomholt obliczył przeciętny okres wylęgania porażenia na 18,6 lat. Kirschbaum zestawił w klinice hamburskiej przypadki późne pora-

żenia (w 60-70 roku życia występujące) i obliczył je na 3-4 proc., zaś po roku 70 na 0,5 proc. Ilość mężczyzn do kobiet w tym materjale równa się 4:1. Przeważająca większość przypadków odznaczała się bardzo długim okresem inkubacji, natomiast krótki okres inkubacji wykazywali chorzy, u których zakażenie kiłowe nastąpiło po 50 r. życia. To ostatnie spostrzeżenie nie jest zgodne z większością dotychczasowych obserwacyj. W związku z powyższem wspomnieć należy o przypadku opisanym przez Leroy i Trelles, dotyczącym ostrego początku paraliżu u 70 letniego starca, który zakażenie kiłowe przebył przed 46 laty. Podobny przypadek opisali Capgras, Joaki i Fail, gdzie porażenie wystąpiło w 77 roku życia, a inkubacja wynosiła 35 lat.

Lôo i Donnadieu ogłosili pracę o rzadkim przypadku porażenia trwającego od 22 lat. W związku z powyższemi zestawieniami należy przytoczyć interesującą pracę Arayai, który stwierdził, że zmiany kiłowe odśrodkowego systemu nerwowego są u osesków z lues congenita rzadko spotykane. Autor ten przeciwstawia swe spostrzeżenia obserwacjom Hochsingera.

Badając obraz krwi nieleczonych paralityków (początkowe stadjum) Skalweit stwierdził u nich obraz prawie normalny, gdy w przypadkach lues cerebrospinalis znalazł limfocytozę i eozynofilję.

Przechodząc do prac zajmujących się konstytucją paralityków w sensie Kretschmera, zanotować można w okresie sprawozdawczem (niniejszej pracy) tylko dwie prace (polskie) Mateckiego i Kirschnera. Matecki zbadał 42 przypadki szpitala na Czystem w Warszawie (31 mężczyzn i 11 kobiet, w czem 1 halucynoza Plauta) i stwierdził przewagę typu piknicznego (u mężczyzn 57, 7,0/0 u kobiet 700/0) oraz ścisłą korelację między konstytucją a postacią psychozy. W wyniku tego uważa badania konstytucyjne za ważną część badań klinicznych p. p. Kirschner przebadał 86 paralityków oddziału neurolog. psychjatrycznego szpitala św. Łazarza w Krakowie. Wyniki jego, jak sam zaznacza, odbiegają znacznie od dotychczasowego stanu badań, w materjale jego przeważali bowiem atletycy (290/0, w postaci mieszanej zaś 25, 50/0) duży był pozatem procent dysplastyków (140/0). Podział powyższych przypadków wedle form klinicznych dał wyniki mniejwięcej zgodne z dotychczasowemi zestawieniami. Przypadków pod postacią dementia simplex było 47, 40/0, ekspansywnych 280/0, depresyjnych 70/0, schizofrenicznych 16,40/0. Istniała wyraźna współzależność stanów

konstytucjonalnych i postaci klinicznych w sposób zgodny z nauką Kretschmera. Autor nie podkreśla znaczenia tego rodzaju badań w taki sposób, jak Matecki. Według Tokay'a formy schizofreniczne spotyka się w p. p. często, obecnie nawet coraz częściej. Bornstein podał procent zespołów katatonicznych w p. p. jako nieco mniej niż 1% (5 na przeszło 50 o chorych oddziału neurolog. psychjatr. Szpitala św. Łazarza w Krakowie). Uderzającem jest, że najstarszy z tych 5 paralityków liczył 31 lat. Brak badań sekcyjnych nie pozwolił na ujęcie całokształtu klinicznego tych przypadków, uniemożliwił próby tłomaczenia patogenetycznego. Nowe prace nie przyniosły pożądanego rozstrzygnięcia w sprawie tak ważnej, jak wpływ leczenia specyficznego, przedewszystkiem salwarsanem, na powstawanie porażenia, a więc brak dotąd rozstrzygnięcia co do profilaktycznego znaczenia powyższego leczenia. Jagdhold stwierdził, że z jednej strony nieleczenie, lub słabe leczenie spotykamy często w anamnezie p. p. i tabesu, ale z drugiej u leczonych spotykamy krótszą inkubację wspomnianych zachorzeń. Autor ten zauważa w rezultacie, że leczenie przeciwkiłowe nie jest przyczyną powstania chorób kiłowych ośrodkowego systemu nerwowego. Innego zdania są wspomniani już autorzy argentyńscy (Alurralde i Sepich), którzy twierdzą, że leczenie salwarsanowe ułatwia powstanie różnych postaci neuroluesu. W przeciwieństwie do powyższych wniosków, mało uzasadnionych przez wspomnianych autorów, uważa Bottema na zasadzie materjału (obejmującego marynarzy holenderskich), że salwarsanowe leczenie, zwłaszcza intensywne, zapobiega powstawaniu schorzeń kiłowych systemu nerwowego. Wspominany autor przeciwstawia się także energicznie twierdzeniu, że niedostateczne leczenie salwarsanem ułatwia te zachorzenia. Natomiast statystyka R. Carrièra z Norwegji wykazuje ilościową przewagę paralityków leczonych poprzednio specyficznie. Za starannem leczeniem luesu (w celach profilaktycznych odnośnie do neuroluesu) wypowiadają się Claude, oraz Nicolau. Eksperymenty Dickinsona wykazały, że salwarsan nie niszczy nawet w dużych dawkach spirochet Duttona w mózgu szczczurów. Ważne znaczenie w powstawaniu schorzeń kiłowych mózgu i rdzenia przypisywano dawniej urazowi i alkoholowi. Odnośnie do alkoholu, spotykamy obecnie wyjątkowo tylko wzmianki w literaturze. Wspomniany już powyżej Nicolau przypisuje dużą rolę zatruciu alkoholowemu w etjologji neuroluesu. Jest jednak w swych zapatrywaniach odosobiony. Sprawę urazu rozpatrują Fornaca,

oraz Suominen. Pierwszy z nich opisał 4 własne przypadki, w których uraz mechaniczny odegrał rolę czynnika wyzwalającego. Natomiast Suominen wypowiada się, na podstawie swych badań, w kierunku nie przyznawania urazowi znaczenia w powstawaniu porażenia. Kauders ogłosił w r. 1932 ciekawe doniesienie, obejmujące 3 przypadki paraliżu, w których grypa odegrala poważną rolę. A mianowicie w 2 przypadkach wystąpiły pod wpływem grypy pierwsze objawy porażenia, w jednym zaś remisja pomalaryczna u paralityka istniejąca już 2 lata, ustąpiła pod wpływem grypy ostremu nawrotowi stanu poprzedniego. Omawiając wspomniane przypadki nawiązuje Kauders do znanych rozważań Pettego, o ujawnianiu utajonych chorób nerwowych zakaźnych przez ponowną infekcję tegoż systemu nerwowego innym zarazkiem. W dalszym ciągu dochodzi do wniosku, że okres późnej latencji z dodatniemi odczynamis erologicznemi jest właściwie porażeniem, chociaż bez objawów widocznych porażenia, co tłomaczy się przewlekłym bardzo rozwojem procesu chorobowego.

Przechodzimy obecnie do zagadnień wzbudzających największe zainteresowanie, oraz nieustanną dyskusję, mianowicie do teorji neurotropizmu. Już dawniej podkreśliłem, że większość wypowiada się przeciwko istnieniu osobnej neurotropowej postaci zarazka syfilisu. Obecnie mogę to twierdzenie podtrzymać. Świadczą o tem publikacje Nonnego, Jahnela, Sézary'ego, Kriczewskiego i in. W obronie tej teorji wystąpił ponownie Levaditi. Autor ten uwzględnia dwa czynniki etjologiczne neuroluesu, wspomniane zarazki neurotropowe, orar obniżenie odporności organizmu. W tym ostatnim punkcie znajduje się przejście do licznych rozważań związanych z powyższem zagadnieniem. Nauka Hoffmanna (esophylaxia) o ochronnem znaczeniu zmian kiłowych skóry dla systemu nerwowego, podjęta przez psychjatrów, jest w niezgodzie z eksperymentami Plauta, oraz Grabowa, świadczącymi o wytwarzaniu się ciał odpornościowych w samym systemie nerwowym. Według Plauta skóra nie wytwarza antyciał skierowanych przeciw krętkow blademu. Schroeder uważa, że korelacja skóry i systemu nerwowego w sensie powyższym, jast mało prawdopodobna. Autor ten opiera się na ujemnych wynikach swych prób naświetlania paralityków w celach leczniczych. Carrière stwierdził w swej statystyce (patrz powyżej) przewagę częstości zachorzeń skórnych luetycznych w przypadkach, w których potem wystąpiło porażenie. Doświadczenia Skalweita, Arzta, Dattnera, z luetyną, względnie (ten ostatni)

z tuberkuliną, mogą przemawiać za istnieniem związku współzależności zmian nerwowych od zmian skórnych kiłowych, w rozumieniu Hoffmanna. Wedle Dattnera paralitycy nieleczeni nie reagują na tuberkulinę, w przeciwieństwie do leczonych, o czem będzie mowa jeszcze poniżej. Stwierdzono wielokrotnie (ostatnio Forster, Plaut) niewrażliwość zwierząt doświadczalnych na spirochety paraliżu. Wedle Dujardina lues pierwszorzędny, wczesny drugorzędny, oraz czwartorzędny (p. p. tabes) odznaczają się analergją w przeciwieństwie do pozostałych okresów kiłowego zakażenie (alergja). Podobnie sądzi Hauptmann. Skalweit łączy przyczynowo tę osłabioną zdolność reagowania na spirochety w paraliżu z obniżeniem ilości limfocytów w p. p. w porównaniu z luesem. Doświadczenia Levaditiego i innych, ustaliły, że w spirochetozie zwierząt doświadczalnych nie przychodzi nigdy do zajęcia mózgu przez zarazki. Weigel podkreśla trudności w ujęciu powyższych zagadnień i przyjmuje pewną transformację zarazka kiłowego w postać niedostrzegalną, którą jednak nie uważa za właściwy zarazek, a raczej katalizator analogiczny do bakterjofaga i nazywa go celofagiem. Nie uznaje on, aby istnienie specjalnego cyklu rozwojowego krętka bladego było prawdopodobne na podstawie dotychczasowego stanu rzeczy. Wedle Kihna wszystkie dotychczasowe teorje są niewystarczające, należy raczej przyjąć, że mamy liczne współistniejące czynniki patogenetyczne. Autor ten podkreśla, że wyników badań syfilidologicznych nie możemy przenosić wprost na teren naukowy porażenia. Mam wrażenie, że stanowisko Kihna odpowiada najbardziej naszym dotychczasowym wiadomościom w tej dziedzinie. Istnieją próby wykazania w organiźmie paralityków żywych spirochet. I tak Gerszkowicz znalazł w 2 przypadkach (na 14 paralityków) spirochety w limfie gruczołów pachwinowych, oraz płynie pęcherzy po plastrze kantarydynowym. Podobne dodatnie wyniki, chociaż w odmienny sposób, osiągnęli następnie Worms i Schulze. Syring otrzymał wyniki dodatnie prawie w 50 proc. przypadków, stosował on metodę Gerszkowicza. Badania powyższe wymagają licznych dalszych prób, mogą bowiem spowodować ważne zmiany w naszych dotychczasowych zapatrywaniach (porównaj sprawę antagonizmu luesu nerwowego do wisceralnego).

Zanim przejdziemy do omówienia lecznictwa porażenia, musimy jeszcze wspomnieć o nowszych badaniach serologicznych i anatomo-patologicznych. Pacheco e Silva i Chipiakoff podają, iż

często zdarza się, że Wassermann krwi jest ujemny, gdy płyn m. rdz. jest dodatni i odwrotnie. Podobne wyniki dały i badania w Dziekance (Medem). Interesującą jest statystyka Grszelina, dotycząca częstości zmian płynu m. rdz. w różnych okresach kiły. Materjał obejmuje 2.500 badań. W lues I znalazł Grszelin 14% zmian płynu, podczas gdy w lues II cyfra ta wynosiła mniejwięcej około 30%, a w lues III 10-13%. Zmiany w późnych okresach kiły, mają duże znaczenie prognostyczne i trudniej ustępują w leczeniu. Dużo zainteresowania wzbudzają przypadki neuroluesu bez zmian płynu m. rdz. Dupony i Pichard podają przypadek tytypowy p. p. expansiva z objawami neurologicznemi, a z ujemnym likworem. Podobne 2 przypadki (potwierdzone także sekcyjnie) opisuje Claude. W 443 przypadkach Ahronheima, obejmujących różne schorzenia kiłowe ośrod. systemu nerwowego, było 59 z płynem normalnym (żaden p. p.) Za istnieniem przypadków porażenia które nie wykazują zmian płynu, wypowiada się także Targowla. Albrecht z kiniki Nonnego przeprowadził badania celem sprawdzenia danych Ahronheima i stwierdził, że t. zw. „liquornegative Neurolues“ jest zjawiskiem bardzo rzadkiem, przyczem w przypadkach tych wskaźnik białkowy jest zmieniony (zwiększenie globulin). Podobnie sądzi V. Kafka. Sézary podkreśla ważność badań likworu w późnej kile, w celu uchwycenia tych przypadków, które dzięki uporczywym zmianom płynu są predysponowane do zapadnięcia na p. p. Przypadki te ujmuje Ravaut, jako t. zw. fazę biologiczną, która poprzedza fazę kliniczną neuroluesu i kładzie również nacisk na wykonywanie punkcyj u luetyków. Autor ten odrzuca niemieckie określenie wspomnianych przypadków pod nazwą „Liquorlues“, nie płyn jest bowiem chory, a układ nerwowy. Stanowisko eklektyczne Wimmera, że likwor negatywny w późnej kile nie chroni przed kiłą nerwową, tak jak pozytywny nie dowodzi koniecznie tejże (bez objawów klinicznych), wydaje mi się najwięcej uzasadnione. Najważniejszym momentem rozpoznawczym jest wedle Piotrowskiego wynik badania metodą miareczkowania przytem decydujący jest wynik odczynu Wassermanna przy 0,1 dodatni świadczy bowiem zawsze o porażeniu. Dodatkowo wspomnę jeszcze o ciekawych badaniach Geigera. Badał on płyny luetyków na obecność spirochet, które stwierdził w 12 przypadkach na 30. We wszystkich (5) przypadkach z Wassermannem płynu pozytywnym wykazał obecność krętków, pozatem także w części przypadków z Wassermannem ujemnym (7). W poszu-

kiwaniu doskonalszych metod różniczkowania djagnostycznego na drodze serologicznej przeprowadził Marchionini próby z wyciągiem mózgu człowieka (obok wyciągów serca dotychczas używanych) w odczynie Wassermanna. W przypadkach kiły mózgowo - rdzeniowej wynik był prawie zawsze ujemny (wyciąg serca dodatni), podczas gdy porażenie i wiąd dawały wynik prawie zawsze dodatni. Wspomniany autor wprowadził także odczyn na zawartość diastaz w płynie m.-rdz. W neuroluesie ilościowa zawartość ma być stosunkowo niska.

Zgodnie z dotychczasowemi wynikami badań stwierdził Scherer, że zmiany aorty w p. p. są częste, równie częste jak w późniejszej kile, przytem charakter ich jest łagodny, paralitycy bardzo rzadko mają dolegliwości wywołane przez te zmiany. Podobne wyniki opisał Nowicki. Autor ten stwierdził ponadto, że „w przeciwieństwie do zmian kiłowych w tętnicy głównej u porażeńców swoiste zmiany w narządach innych, stwierdzaliśmy sekcyjnie nader rzadko, bo zaledwie 7 razy, tj. w 1,53 0/0“ (456 sekcyj). Jest to znane i podkreślane zjawisko antagonizmu p. p. do kiły wisceralnej. Na 79 sekcjonowanych przypadków p. p. opisanych przez Merrita, stwierdził tenże w 30 sklerozę rogu Ammona, przyczem największe zmiany były, podobnie jak w epilepsji, w t. zw. sektorze Sommera. Z tych 30 przypadków, 24 miało za życia napady. Dreszer opisuje między innemi 2 przypadki, które: „przedstawiały typową postać parkinsonowską porażenia postępującego, opisaną i wyodrębnioną przez Wicherta z wyraźnemi objawami pozapiramidowemi i odpowiedniemi co do swego charakteru zaburzeniami afektywnemi“. W obu przypadkach stwierdzono zmiany przedewszystkiem w jądrach podstawy. Ponadto Dreszer podkreśla ważność 3 dalszych przypadków, w których nie było neurologicznych objawów pozapiramidowych, a które wykazywały wybitne zaburzenia uczuciowe. W przypadkach tych stwierdzono również zmiany w jądrach podstawy. Autor uważa, że powyższe wyniki jego badań mogą służyć za dalszy dowód dla teorji Mazurkiewicza o lokalizacji afektów. Do powyższej pracy powrócimy jeszcze przy omawianiu badań anatomicznych paralityków po malarji leczniczej. Wedle Sträusslera mamy 4 rodzaje atypowych zmian histologicznych w p. p., których poza paraliżem prawie się nie spotyka. Są to: degeneracja koloidalna (Kolloide Hirndegeneration), oraz zmiany prosówkowe pod postacią nekroz, abscesów i kilaków. Zmiany te są zależne od odporności organizmu, która zwykle w p. p. za-

wodzi. Zmianom powyższym (w przeciwieństwie do prawdziwych kilaków) towarzyszy słaba reakcja tkanek. Wedle Sträusslera zmiany te równają się kile prosówkowej wewnętrznych narządów („Miliarsyphilome“) w lues congenita. Nawiązując do pewnych obserwacyj klinicznych z zakresu zimnicy leczniczej (teorja Gerstmanna o przemianie p. p. w lues cerebri) stara się Sträussler znaleźć w ten sposób dalsze dowody dla swych rozważań. Ważne są dalsze badania histopatologiczne Steinera. W doniesieniu swem z r. 1931 opisał Steiner osobny rodzaj zmian patologicznych pod postacią degeneracji otoczek myelinowych w korze i jądrach szarych w postaci grudek ułożonych kulisto („Myelopholiden„) w których znajdowały się zawsze odrębne postacie degeneracyjne spirochet (igły). Badacz ten podkreśla, że odrębna forma (degeneracyjna) krętka wywołuje odrębny rodzaj zmian rozpadowych tkanek. W następnej pracy Steiner podejmuje ponownie zagadnienie innej postaci degeneracyjnej spirochet („Silberzellen“), które sam pierwszy opisał i stwierdza, że istnieje wyraźny paralelizm pomiędzy stadjum porażenia, a częstością występowania owych postaci końcowych krętków i równocześnie rzadkością postaci normalnych. Na zakończenie pragnę wspomnieć o dwu pracach z pogranicza, interesujących nas tutaj zagadnień. Pierwsza z nich, to doniesienie Werthama, że spirochaetae gallinarum powodują bezobjawowe zapalenie mózgu, przyczem histologicznie stwierdza się zmiany analogiczne do p. p. jak degeneracja miąższu, bujanie gleju, nacieki plasmatyczne, żelazo. Druga praca dotyczy przypadku trypanosomiazy, gdzie po roku leczenia germaniną wystąpiły u pacjenta objawy kliniczne pod postacią psychozy podobnej do dementia paralytica. Po dalszem leczeniu germaniną nastąpiła znaczna poprawa. Przypadek ten opisał Kirschbaum.

Co się tyczy rozpoznania paraliżu, to Piotrowski kładzie nacisk na stronę psychiczną porażenia i badanie psychiczne uważa za decydujący czynnik dla rozpoznania porażenia postępującego.

Drugi rozdział niniejszego przeglądu obejmuje leczenie porażenia. Liczba doniesień obejmujących doświadczenia lecznictwa specyficznego paraliżu, ustępuje znacznie ilościowo pracom z zakresu leczenia niespecyficznego. Ponieważ t. zw. barjera naczyniowo - oponowa stanowi (pomimo zwiększonej przepuszczalności w p. p.) pewną przeszkodę dla leków (salwarsan) próbowano ominąć ją na drodze wlewań wprost do worka oponowego. Powstały już dosyć dawno liczne odmiany injekcyj endolumbalnych, z których

najważniejsze są Swift-Ellisa i Gennericha. Okazało się jednak, że metody te kryją w sobie liczne niebezpieczeństwa dla leczonych, wskutek czego nie nastąpiło ich rozpowszechnienie. Nadal spotykamy sporadyczne wzmianki o próbach ich stosowania. Rayburn zastosował w 22 przypadkach t. zw. surowicę salwarsanowaną (Swift-Ellis) i otrzymał 9 popraw serologicznych (liquor). Rotter doniósł, że stosuje tę metodę od 8 lat w klinice Wrocławskiej, także drogą podpotyliczną. Na podstawie swego długoletniego doświadczenia autor ten ma tylko warunkowe uznanie dla wspomnianego sposobu leczenia. Uważa, że w porażeniu należy próbować najpierw malarji, zaś w kile mózgowo rdzeniowej, a nawet pewnych przypadkach wiądu, przedewszystkiem zwykłego leczenia specyficznego, czy kombinowanego. Chociaż zdaniem Rottera metoda ta daje dobre wyniki w tabesie, nie zasługuje jednak na specjalne wyróżnienie. Autor ten sądzi, że działanie lecznicze zależy przedewszystkiem od surowicy (prawdopodobnie jednak nie od przeciwciał), a nie od salwarsanu. Leczenie to wymaga ostrożnego dawkowania (powolne zwiększanie dawek) i to jest przyczyną częstych zawodów. W rezultacie leczenie dolędźwiowe zastępuje tylko zwykłe leczenie salwarsanowe, tam, gdzie ostatnie nie dało wyników. Mam wrażenie, że nawet wrogowie stosowania tego leczenia, mogą zgodzić się na powyższe wnioski Rottera. Inaczej sprawa przedstawia się w oświetleniu Brunnera. Brunner opisuje swe 8 letnie doświadczenia przy stosowaniu metody Gennericha (salwarsan dolędźwiowo) i twierdzi, że leczenie to nie ustępuje malarji, chociaż przyznaje, że w porażeniu należy najpierw zastosować malarję, równocześnie jednak radzi przeprowadzić leczenie pomalaryczne tą właśnie metodą. Uważa, że leczenie Gennericha jest najlepsze ze wszystkich metod terapeutycznych, stosowanych w wiądzie rdzenia, a niepowodzenia i komplikacje (zgony) innych autorów przypisuje złej technice i nieostrożnemu dawkowaniu. Mniej niż w poprzednim okresie sprawozdawczym spotkałem wzmianek o tryparsamidzie. Przytaczam tu pracę Solomona i Epsteina, autorzy bowiem unikają skrajności w ocenianiu tego leku. Pozatem znajdują się jeszcze w literaturze nieliczne tylko i nic nowego nie przynoszące wzmianki. Solomon i Epstein stwierdzają, że główną domeną leczenia tryparsamidem są kiła mózgowo - rdzeniowa, oraz nieposunięte przypadki wiądu. Radzą oni stosować w porażeniu przedewszystkiem malarję, a po malarji tryparsamid. Tylko w przypadkach, gdzie leczenie gorączkowe jest przeciwwskazane, polecają

stosowanie tryparsamidu. Opisują następnie przypadki zupełnego ustąpienia patologicznych zmian płynu m. rdz. pod wpływem tego leczenia. Sézary i Barbé bronią w dalszym ciągu zalet swej metody stowarsolowej, i twierdzą, że przesadza się w opisywaniu jej niebezpieczeństwa (zanik nerwu wzrokowego), gdyż przy ostrożnem dawkowaniu metoda ta jest mniej niebezpieczna niż malarja, a wyniki otrzymane przy jej stosowaniu wytrzymują porównanie z wynikami malarji leczniczej. Szkoła wiedeńska wykazuje stale wielkie zainteresowanie dla wszelkich prób leczenia porażenia, wyrazem czego jest praca Dattnera z ubiegłego roku (1932), opisująca próby przy stosowaniu nowej metody, będącej poniekąd modyfikacją sposobu powyżej opisanego. Impuls do badań Dattnera dały liczne, a ważne dla klinicysty przypadki późnego luesu z uporczywie utrzymującemi się zmianami płynu t. zw. przez autorów niemieckich „das humorale Syndrom". Są to przypadki gdzie mimo leczenia kombinowanego, nie osiągnięto popraw serologicznych. W powyższych razach zastosował Dattner spirocid (niemiecka forma stovarsolu) z jodem. Spirocid podawał w 3 dniowych turach (3 dni naprzemian leczenie i przerwa), aż do osiągnięcia ilości 80 — 90 tabletek. Chorym tym podawano równocześnie codziennie przez 6 tygodni 3 gr. roztworu jodku, sodu i potasu. Na 8 przypadków, które nadawały się do oceny (odpowiedni przeciąg czasu, który upłynął od chwili leczenia) 4 wykazały wynik pomyślny. Na specjalne podkreślenie zasługuje 1 przypadek, gdzie przez 10 lat utrzymywały się zmiany patologiczne płynu, pomimo leczenia kombinowanego, ustępując dopiero po zastosowaniu wspomnianego nowego sposobu leczenia. Na zakończenie należy wspomnieć, o interesującym i wyczerpującym referacie Schacherla. Usiłując skupić nasze dotychczasowe doświadczenia, w jakimś centralnym punkcie, Schacherl zaleca przyjąć jako główne nasze wskazanie lecznicze, sforsowanie barjery naczyniowo oponowej, a więc sztuczne dalsze zwiększenie (już powiększonej w neuroluesie) przepuszczalności opon. Zadanie to spełnia terapja gorączkowa przez dwa czynniki, gorączkę i miejscowe zapalenie (pobudzenie procesu zapalnego). Ten sam cel (zwiększenie przepuszczalności) można też osiągnąć przez duże dawki leków specyficznych, lub normalne a długotrwałe leczenie chemiczne. Uszkadzając splot naczyniowy osiągamy temi wszystkiemi metodami cel pożądany. Schacherl podkreśla następnie zupełnie słusznie, że stosowanie malarji, czy salwarsanu dolędźwiowo u luetyków, nie może zapobiedz skutecznie

powstaniu schorzeń kiłowych mózgu i rdzenia. Pozatem ostrzega zarówno przed nadmierną gorliwością, jak i wstrzemięźliwością terapeutyczną. Sądzi, że zmiany częściowe płynu, a mianowicie dodatni odczyn Wassermanna, bez pleocytozy (Liquorlues, zwalczany przez Ravaut, patrz powyżej), są często niczem innem jak tylko „blizną“ likworu i dlatego nie trzeba stosować w tych przypadkach leczenia. Schacherl oznacza jako minimalną dawkę kuracyjną 4,5 gr. salwarsanu. Radzi wstrzykiwać salwarsan 2 razy tygodniowo po 0,3 gr. Jako uzupełnienie zaleca rtęć i bizmut, a po ukończeniu tego kombinowanego leczenia jod. Równocześnie jest zwolennikiem stosowania pyretoterapji. Leczenie bodźcowo - gorączkowe dominuje obecnie w t. zw. niesłusznie metaluesie (p. p. jest także kiłą mózgu). Przeszło 40 lat istnienia ma za sobą wprowadzone poraz pierwszy przez Wagnera leczenie tuberkuliną. Była to pierwsza próba (przeprowadzona na szerszą skalę) w następtwie zapatrywań wypowiedzianych wcześniej w jego pracy z r. 1887. Wszystkie modyfikacje, które następnie wprowadzono, a przedewszystkiem malarja, spowodowały, że leczenie tuberkulinowe uległo z biegiem czasu prawie zupełnemu zapomnieniu. Obecnie szkoła wiedeńska wprowadziła na skutek inicjatywy samego Wagnera ponownie leczenie to w krąg naszych zainteresowań terapeutycznych. Na innem miejscu referowałem o próbach Wagnera, przeprowadzonych w schizofrenji z tuberkuliną w dawkach zmniejszonych. W poprzednich okresach sprawozdawczych zanotowałem także kilka prac z tej dziedziny. Obecnie mogę wspomnieć (na podstawie dostępnej mi literatury) o jednej tylko pracy, mianowicie Dattnera. Wspomniałem już, że przypadki późnego luesu z uporczywie utrzymującemi się zmianami płynu m. rdz. wprawiają badaczy, w zakłopotanie. Czynione więc są liczne poszukiwania nowych sposobów leczniczych, gdy malarja co się często zdarza, nie sprowadza oczekiwanej poprawy. Do takich prób należą wzmiankowane powyżej metody kombinowanego leczenia (spirocid i jod) oraz druga próba Dattnera kombinowania tuberkuliny i leczenia specyficznego. Dattner stosuje w tym celu niższe dawki tuberkuliny niż to było dotychczas w zwyczaju (za wzorem Wagnera) i osiągnął w ten sposób 38,8 proc. „wyleczeń“ płynu na 67 przypadków leczonych. Zbliżone do powyższej metody są (wśród różnych sposobów leczenia bakteryjnego) preparaty saprovitan i pyrifer. Dawniej były więcej stosowane, krytyka szkoły wiedeńskiej wypadła dla nich niepomyślnie, o czem referuję w poprzedniej

pracy. Próby z neosaprowitanem (modyfikacja) przeprowadził Pap, oraz ponadto Ruzicska. Pierwszy z tych autorów uważa wspomniany preparat za zupełnie bezpieczny i leczył nim 20 paralityków, otrzymując 11 popraw. W 2 przypadkach nastąpiło uczynnienie utajonej gruźlicy, która nabrała charakteru złośliwego i szybko spowodowała zgon pacjentów. W 2 następnych przypadkach proces paralityczny wskutek wzmożonej progresji doprowadził również szybko do zgonu chorych. 11 popraw dzieli Pap na 4 remisje, 3 wyraźne a 4 nieznaczne poprawy. W 2 (z tych 4) remisjach wystąpiły recydywy po 15, wzgl. 20 miesiącach, u trzeciego z pacjentów zaś zanik n. wzrokowego bez pogorszenia psychicznego, u 4-go wreszcie chorego zjawiły się po 14 miesiącach lekkie, ale liczne napady zbliżone do apoplektycznych. A więc z samego zestawienia Papa wynika, że ocena jego tych 4 przypadków jako remisyj była niezbyt trafną. Jeżeli nie uwzględnimy popraw minimalnych, to wyniki tegoż autora okażą się mniej pomyślne, tembardziej, że w żadnym z leczonych przypadków zmiany płynu m. rdz. nie ustąpiły. Ruziscka opisał 12 popraw na 28 leczonych paralityków, równocześnie miał jednak 5 pogorszeń i 2 zgony. Podobnie jak i Pap opisuje on liczne komplikacje cielesne tego leczenia. Wyniki te podobnie zresztą jak i dawniejsze są raczej niezachęcające. Większem zainteresowaniem może wykazać się pyrifer. Roggenbau zaleca kombinowane leczenie pyrifer, salwarsan i bizmut jako dobry sposób zastępczy malarji. Badania krwi, które przeprowadził, wykazały zmiany analogiczne do zmian w zimnicy leczniczej. Pierwszy okres leczenia wykazał neutrofilję (faza bojowa), drugi monocytozę (faza obronna), a trzeci wreszcie limfocytozę z eozynofilją (faza poprawy leczniczej). Podobne wyniki lecznicze opisał Ruprecht, stosując tylko pyrifer w 23 przypadkach p. p. W rezultacie uważa on ten środek za mniej skuteczny od malarji. Stiefler zaleca stosowanie pyriferu przedewszystkiem w leczeniu stwardnienia wieloogniskowego. Nieznaczne tylko wyniki opisał Ostrovidov. W rezultacie i do pyriferu można zastosować powyżej wyrażone zdanie o saprovitanie. Są to próby otrzymania metod zastępczych a głównym motywem ich wprowadzenia są przedewszystkiem rozważania teoretyczne przez analogję (do tuberkuliny). Ten sposób nie zawsze w medycynie prowadzi do szczęśliwych rezultatów, czego przykładem są często za daleko posunięte próby wprowadzenia wyników eksperymentów luetycznych na zwierzętach, czy też nauki o uczuleniu w gruźlicy, na teren porażenia. Dmelcos (szczepionka

b. Ducray - Unny) jest coraz mniej stosowany. Sierra leczył nim bez wyniku 6 przypadków porażenia. To samo można powiedzieć o szczepionce tyfusowei (dur brzuszny) w odniesieniu do p. p. (O'Leary). Tomasi przeprowadził próby ze szczepionką Pasteura przeciw wściekliźnie. Na 10 przypadków p. p. miał otrzymać 5 remisyj. Już dawniej przeprowadzono próby ze szczepieniem spirochet (W. Sagel, patrz referat pierwszy autora). Obecnie przeprowadził takie próby Roggenbau, zastrzykując podskórnie zawiesinę żywych spirochet co 2 tygodnie. Ilość injekcyj 8 — 25, reakcja niekiedy tylko występowała i to nieznaczna (temp. 37,2^0, zaczerwienienie miejscowe). Na 10 przypadków p. p. zanotowano 3 poprawy. Podobne czynne uodpornianie przeprowadził Benedek stosując żywe, lecz niejadowite krętki, niekiedy także razem z krwią, w zastrzykach domięśniowych w ilości 0,5 — 1 cm. zawiesiny. Autor obiecuje ogłoszenie dokładnych wyników w specjalnej pracy. Oryginalną próbą leczenia biologicznego jest metoda szkoły rosyjskiej (Choroszko) stosowania emulsji mózgowej w zastrzykach zarówno w porażeniu jak i innych chorobach psychicznych. Nikt dotąd nie zajął się przeprowadzeniem badań kontrolnych tej metody. Choroszko i jego uczniowie donoszą o nader pomyślnych wynikach. K. Schroeder propaguje nadal stosowanie sulfozyny, którą wprowadził do terapji. Wedle niego sulfozyna działa pomyślnie w porażeniu, nawet tam gdzie nie skutkuje malarja. Działanie sulfozyny tłómaczy Schroeder jako prawie specyficzne w kile, do czego ma się dołączać działanie bodźcowe. Tłómaczenie autora odnośnie do specyficznego działania sulfozyny w kile, jest jak dotąd mało uzasadnionem przypuszczeniem. Entuzjastycznie ocenia leczenie porażenia sulfozyną także Kallmann, opierając się na własnym obszernym materjale. Nazywa on sulfozynę najlepszym środkiem, który w wynikach równa się malarji, zaś przewyższa ją brakiem przeciwwskazań.

Na podstawie znacznej większości wszystkich dotychczasowych doświadczeń, okazuje się (co już przed 2 laty podkreśliłem), że sulfozyna należy do przodujących sposobów leczenia gorączkowego i jeżeli ustępuje malarji w wynikach, to przewyższa ją szerszą skalą zastosowania. Sulfozynę stosują zwykle jako leczenie kombinowane (salwarsan). Omówienie leczenia tyfusem powrotnym pozostawiam na zakończenie niniejszego rozdziału, chciałbym bowiem przedtem wspomnieć o ostatnio zastosowanych modyfikacjach terapji gorączkowej. G. Schroeder stosował bezskutecznie naświetla-

nia paralityków lampą łukową (patrz powyżej). Rajka i Radnai stosowali naświetlania lampą kwarcową z równoczesnemi zastrzykami własnej krwi, w sumie 30 naświetlań i 20 injekcyj. Leczenie to stosowali zarówno w późnej kile utajonej, jak i nerwowej. W 57% przypadków kiły utajonej, a 28% nerwowej Wassermann dodatni ustąpił zupełnie, zdarzały się jednak potem recydywy. We wszystkich przypadkach kiły nerwowej wystąpiły poprawy kliniczne, w 1/4 przypadków były one jednak przejściowe. Cady i Ewerhardt przeprowadzili leczenie gorącemi kąpielami wodnemi (dawniej Mehrtens), o temperaturze stopniowanej od 38 - 45°, przyczem temperatura ciała podnosiła się do 39-41 stop. U jednego pacjenta wystąpiły napady epileptyczne, u 2 innych stany amentywne. Otrzymane częściowe poprawy w zakresie odczynów serologicznych, nie mogą usprawiedliwić tego heroicznego leczenia. Neymann i Osborne wprowadzili leczenie djatermją. U 26 paralityków wystąpiły po tem leczeniu remisje w liczbie 16, autorzy stosowali po djatermji zastrzyki tryparsamidu. Wedle Neymanna niema przeciwwskazań odnośnie do tego leczenia. King leczył podobnie porażeńców, w następstwie czego otrzymał 2 remisje i 8 popraw. Natomiast Bamford zaprzestał tego leczenia, wskutek braku wyników, oraz komplikacyj (podniecenie i oparzenia). Neymann i Koenig zestawili porównawczo wyniki leczenia malarją, sodoku (japońska odmiana typhus recurrens), oraz djatermją. Śmiertelność w następstwie pierwszego leczenia wynosiła 18 proc., drugiego 10 proc., a ostatniego 0 proc, Ogółem wystąpiły remisje w ilości 24 proc. (u 110 paralityków leczonych nagrzewaniami w liczbie 12), zaś poprawy 26 proc. Odnośne liczby dla malarji wynosiły 22 i 22, dla sodoku 8 i 22. Wedle wspomnianych autorów djatermja jest najlepszym sposobem leczenia gorączkowego ze względu na najlepsze wyniki, możność dawkowania gorączki, brak komplikacyj i (prawie) brak przeciwwskazań, jak również i prostotę stosowania. Odmianą powyższego sposobu jest t. zw. przez autora tej metody Hinsiego radiothermia, polegająca na stosowaniu fal krótszych (30 mtr.), przyczem osiąga się łatwo wysoką temperaturę nagrzewanego (41 stop.). U paralityków leczonych przez Hinsiego wystąpiły poprawy w ilości 11. Hinsie i Blalock leczyli paralitów w 2 serjach po 60 chorych, malarją i radjotermją. Oba sposoby leczenia wykazały podobny wynik (53 proc. popraw i 17-19 proc. remisyj). Wpływ drugiego z tych leczeń na zmiany serologiczne był minimalny. Powyższe nowe próby lecznicze omówił krytycznie w osobnym referacie Wagner. W pier-

wszym rzędzie podkreślił nieścisłość założeń, z których wyszli autorowie tych metod, albowiem w malarji mamy jakiś czynnik działający niezależnie od gorączki. (Wagner oponuje jakby w ten sposób przeciwko zbyt pośpiesznemu przenoszeniu pewnych doświadczeń na teren pokrewny, lecz nie identyczny, co także podkreślam). Na dowód tego przytacza Wagner różne sposoby bodźcowego leczenia, które dają często dobre wyniki, mimo braku gorączki, lub przy niskiej gorączce. Następnie przypisuje działanie lecznicze djatermji także współistniejącemu wpływowi promieni świetlnych. Pozatem ocenia dotychczasowe wyniki tego leczenia jako nie wytrzymujące porównania z malarją leczniczą. W następstwie powyższego przeprowadzono podobne badania także i we Wiedniu, wyniki których opisali Kauders, Liebesny i Finaly. Ponieważ djatermję, jak i jej odmianę radjotermję (Hinsie) uznali autorzy za niewygodne i przykre dla pacjentów sposoby leczenia, skierowali swe zainteresowanie ku naświetlaniom promieniami krótkofalowemi mózgu, metodą zapożyczoną od Schliephakego. Ogrzanie jest wtedy minimalne i prawie niezależne od oporu tkanek, tak że istnieje tylko lecznicze działanie elektryczności. Stosowano naświetlania 20-30 minutowe. Leczenie to wywierać ma działanie drażniące, o czem świadczą znaczne zmiany w natężeniu odczynów płynu m. rdz., oraz poprawy psychiczne. Leczenie tyfusem powrotnym, (Plaut i Steiner) możnaby uważać za więcej uzasadnione pod względem teoretycznym, w porównaniu z malarją, zarazek bowiem tej choroby jest bardziej spokrewniony z zarazkiem kiły, aniżeli zarazek malarji. Początkowo leczenie to cieszyło się prawie tem samem powodzeniem co malarja. Stopniowo jednak ulegało pewnemu zapomnieniu. Sagel opisuje swe 9 letnie doświadczenie w tym zakresie i stwierdza, że recurrens jest mniej niebezpieczny od malarji, a nie ustępuje jej w swej wartości leczniczej. Sagel proponuje specjalnie stosowanie leczenia kombinowanego (malarja, naprzemian z gorączką powrotną), które uważa za najsilniej działające. Przypadki w których malarja nie dała poprawy, należy szczepić wedle niego następnie krętkami Obermayera. Inaczej sprawę przedstawiają A. Marie, oraz Claude. Marie twierdzi, że recurrens jest mniej pewny i mniej wygodny w stosowaniu, niż malarja, mimo iż sam opisuje dobre wyniki (18 remisyj, 16 stacjonarnych na 51 p. p.). Claude i Coste oceniają to leczenie niekorzystnie na podstawie własnych doświadczeń z różnemi odmianami zarazka gorączki powrotnej, podkreślają liczne komplikacje i brak wyników pomyślnych w różnych psychozach.

Artwiński i Gradziński otrzymali wyniki nieco lepsze niż z zimnicą.

Przechodzę do przedstawienia leczenia malarją, zagadnienia obejmującego największą ilość prac z zakresu leczenia psychoz kiłowych.

Pierwsza część niniejszego rozdziału traktować będzie o metodyce, klinice i komplikacjach malarji leczniczej, oraz o leczeniu kombinowanem. Następnie omówione zostaną leczenie zimnicą kiły, badania eksperymentalne, anatomopatologiczne i teorje działania leczniczego, a w końcu wyniki i rozważania ogólne.

Metodyka malarji leczniczej jest — można rzec ujednostajniona. Obok szczepienia podskórnego i dożylnego, wprowadzono szczepienie domięśniowe, które od kilku lat stosujemy także w Dziekance. Sposób ten jest według mego zdania, korzystny ze względu na prostotę wykonania (u kobiet!). Ducosté wprowadził szczepienie domózgowe. Wstrzykuje on 2 - 5 cm. krwi w płat czołowy, przyczem inkubacja malarji wynosi 8 dni. Pozatem stosuje nakłócia komór bocznych i wprowadza wtedy 5 - 15 cm. krwi w miejsce wypuszczonego płynu m. rdz. (w ilości nieco większej). Inkubacja wynosi 6 dni. Podczas gdy pierwszy sposób nie powoduje żadnych dolegliwości (autor twierdzi, że pacjenci jego znosili lepiej to szczepienie od zwykłych) występują po drugim rodzaju szczepienia bóle i zawroty głowy. Pierwszy sposób jest także znacznie korzystniejszy odnośnie do popraw po malarji występujących. Ducosté twierdzi, że metoda jego daje większą pewność przyjęcia się malarji, a równocześnie charakterystycznem jest dla niej samoistne przerywanie się malarji po 10 - 15 napadach. Artwiński i Gradziński podkreślają, że „chorzy szczepieni krwią chorego o typie gorączkowym trzeciaczkowym gorączkowali niejednokrotnie codziennie, czasami obserwowaliśmy zmiany toru gorączkowego z trzeciaczkowego na codzienny i odwrotnie". Następnie stwierdzają (co jest ogólnie przyjęte), że szczepienie podskórne powoduje częściej formę trzeciaczkową, a dożylne codzienną. Pozatem donoszą jak i liczni inni autorzy, że malarja przyjmuje się równie dobrze przy szczepieniu krwią z okresu międzynapadowego. Powyższe doświadczenia poczyniliśmy również w Dziekance. Co do prowokowania malarji, to naświetlania śledziony Roentgenem nie mają wedle wspomnianych autorów skutecznego wpływu, lepsze wynniki dają injekcje mleka, a zwłaszcza phlogetanu. Na podstawie mego doświadczenia jestem zmuszony stwierdzić, że

różne sposoby prowokowania w praktyce naogół zawodzą. O sztucznem osłabianiu malarji w celu złagodzenia jej przebiegu u chorych osłabionych, referowałem w pracy poprzedniej. Obecnie nie znalazłem w literaturze doniesień o dalszych postępach w tej sprawie.

Odnośnie do metody szczepienia interesującą jest praca Mikulskiego i Liszki, z której wynika, że „zimnica nadaje się do szczepienia również we wczesnym okresie wylęgania, w okresie utajenia bezgorączkowego". Otrzymuje się tą drogą zimnicę nie różniącą się klinicznie od powstałej ze zwykłego szczepienia. Autorzy stawiają słusznie postulat bezwzględnego i starannego leczenia (chininą) wszystkich przypadków szczepionych zimnicą nawet opornych. Według Poenitza encefalografja wykonana przed malarją ustala prognozę leczenia. Rozszerzenie znaczne komór daje złą prognozę. Stosowanie wielokrotnych leczeń gorączkowych (malarji i pyriferu) chybia według Schwarza celu w tych przypadkach, w których po pierwszem leczeniu brak było poprawy. Zdaje mi się, że jest to zbyt apodyktyczne rozstrzygnięcie sprawy. Badania grup krwi Müllera potwierdziły wyniki dawniejsze (Hermann), że jeżeli grupy krwi (dawcy i odbiorcy) są odmienne (aglutynacja) występuje tertiana, w przeciwnym razie quotidiana. Bravetta stwierdził, że procentowo grupy krwi są rozdzielone u paralityków w ten sam sposób, co u ludzi zdrowych. Ponadto wykazał, że malarja (i wogóle leczenie gorączkowe) nie powoduje zmian grup krwi u leczonych paralityków. Podobny wynik dały badania przeprowadzone przez Ponisowskaja i Miniowicza. Ferrio zbadał zachowanie się odczynu Biernackiego w przebiegu 19 różnych psychoz leczonych malarją, w tem 4 przypadków porażenia. Stwierdził, że po szczepieniu następuje pewne przyspieszenie opadania krwinek, które jest przemijające. Każdemu nowemu napadowi gorączki towarzyszy coraz znaczniejsze przyspieszenie, którego maksimum przypada na koniec malarji. Według Olavide'go odczyn ten ma znaczenie prognostyczne po ukończeniu leczenia, albowiem w przypadkach z przyspieszeniem opadu brak jest wyników pomyślnych. Badania przepuszczalności barjery naczyniowo-oponowej są czynione w dalszym ciągu. Walter stwierdził w 85 0/0 przypadków p. p. zwiększoną przepuszczalność, jak również zwiększenie przepuszczalności w malarji, a zmniejszenie po malarji, często nawet poniżej normy. Wedle niego zmiany te nie mają znaczenia prognostycznego. Badania Dretlera dały wynik podobny. Do rzadko

spotykanych komplikacyj należy pęknięcie śledziony. Opisali je Kusiak, oraz Artwiński i Gradziński. Wedle Rizzattiego zaburzenia sercowe, występujące w przebiegu malarji dają w przeciwieństwie do innych komplikacyj złą prognozę. W r. 1921 opisał Gerstmann zaburzenia psychiczne, występujące u paralityków w związku z leczeniem zimnicą o charakterze amentywnym, lub halucynacyjno — paranoidalnym. Wedle Gerstmanna zaburzenia te wykazują podobieństwo do psychoz tabetycznych, halucynozy Plauta, oraz pewnych psychotycznych (paranoidalnych) obrazów spotykanych w lues cerebri. Opierając się na powyższem jak i na badaniach sekcyjnych, stara się Gerstmann udowodnić, że zaburzenia powyższe są wyrazem przemiany procesu paralitycznego w kierunku zwykłej kiły mózgu (lues cerebri). Dalszym dowodem dla powyższej hipotezy mają być przemiany płynu m. rdz. po malarji, zwłaszcza krzywych koloidalnych („Lues-Zacke"), jak również opisywane zmiany kiłowe trzeciorzędne u paralityków po malarji. Powyższe zmiany psychotyczne opisywali (mniejszy procent) także inni autorzy. W okresie sprawozdawczym niniejszej pracy ogłoszono szereg prac na ten temat, których przegląd podaję poniżej. Vermeylen i Vervaeck, opisali podobne zaburzenia u 18,1% swych leczonych (69) malarją paralityków. Zgodnie z Gerstmannem uważają je za reakcję mózgu oraz zarazka na działanie malarją, zaprzeczając aby to były sprawy „zaszczepione". Wedle powyższych autorów występują one także w przebiegu innego gorączkowego, a nawet specyficznego leczenia, najczęściej jednak w malarji. Autorzy wspomniani uważają powyższe zaburzenia zwłaszcza w postaci depresji, za niepomyślne komplikacje. Także Schwarz przypisuje im złą prognozę. Briner wykazał wśród 125 paralityków leczonych malarją 10,4 % stanów omamowo-urojeniowych. Mirskaja-Ginsburg podaje ilość tych zaburzeń na 5% (275 p. p. leczonych) i stwierdza, że niekiedy charakter ich zmienia się w chroniczny. Köhler opisuje (podobnie jak Vermeylen i Vervaeck) także stany depresyjne, a następnie różne podobne ostre zaburzenia w przebiegu innych metod gorączkowego leczenia, także w stwardnieniu wieloogniskowem, oraz chronicznem zapaleniu mózgu nagminnem. Warstadt podkreśla, że stany halucynacyjno-paranoidalne dają zwykle złą prognozę, nawet co do życia. Opiera się on na 25 własnych przypadkach. Co do genezy powyższych zaburzeń, to Nemirowskij i Narbutowicz stwierdzali je u paralityków alkoholików i zauważyli w tych przypadkach brak popraw. Schulte badał przypadki powyższych halucy-

noz otologicznie i podzielił je na 2 grupy. W pierwszej o zabarwieniu depresyjnem stwierdził osłabienie słuchu, przypadki te uległy poprawie. Druga grupa nie wykazywała osłabienia słuchu, klinicznie charakteryzowała się euforją, lub objawami schizofrenijnemi. Wspomniany autor opisał rzadkie komplikacje w postaci ekwiwalentów epileptycznych. Kihn twierdzi, że stany manjakalno-depresyjne po malarji dają dobrą prognozę. Stany halucynacyjno-paranoidalne dzieli on etjologicznie na następujące grupy: 1) pochodzenia gorączkowego (toksycznego) przemijające, prognoza dobra. 2) w związku z arterjosklerozą, 3) istniejące już przed malarją, malarja je wzmaga, 4) występujące dopiero po malarji. Grupy 2 - 4 odznaczają się charakterem chronicznym. Leroy, Médakovitch i Monier uważają, że przyczyną tych wszystkich zaburzeń psychotycznych są plazmodja malarji i ich toksyny, i wysuwają stąd nakaz energicznego leczenia chininą malarji leczniczej.

Starałem się w szkicu powyższym zgromadzić wszystkie dostępne mi prace (z obecnego okresu sprawozdawczego) z tego zakresu. Jak z powyższego zestawienia widzimy, teorja Gerstmanna stoi w sprzeczności z doświadczeniem klinicznem. Odnośnie do niebezpieczeństw malarji, pozwolę sobie wspomnieć o 2 ważnych mojem zdaniem przyczynkach do powyższego tematu. Mühlens opisał 2 przypadki zapalenia mózgu w przebiegu malarji tropicznej, pierwszy z nich stwierdzono sekcyjnie, jako t zw. „Flohstichencephalitis“. Leven doniósł o łożyskowem zakażeniu malarją u dziecka leczonej paralityczki.

Przechodzę do omówienia leczenia specyficznego pomalarycznego, co razem z malarją zwykło się nazywać leczeniem kombinowanem. Jak wiadomo szkoła wiedeńska z Wagnerem na czele, kładzie wielki nacisk na przeprowadzenie powyższego (3,5 — 4,5 gr. salwarsanu), uzależniając od tego postulatu wyniki lecznicze, jakby nie zdając sobie sprawy, że w ten sposób pomniejsza znaczenie tak zachwalanej przez siebie malarji leczniczej. Podobnie znaczna ilość autorów stosuje zimnicę leczniczą oraz leczenie chemiczne. Leroy i Médakovitch zalecają po malarji jod, rtęć, bizmut i salwarsan. Dattner podaje dwa schematy odnośnie do salwarsanu, jeden normalny (0,45 — 0,6 co tydzień) drugi zaś 0,15 codziennie aż do ilości 3 gr. Twierdzi, że leczenie po malarji powoduje zwiększenie liczby remisyj. Horn i Kauders przytaczają następujące porównanie: 1) 174 paralityków leczonych malarją + 3 gr. salwarsanu, 34 proc. remisyj, 2) 74 p. p. malarja + 5 gr. salwarsanu, 50 proc. trwałych

remisyj. Podkreślają oni specjalnie wartość leczenia kombinowanego (salwarsanu) w przypadkach z utrzymującemi się po malarji zmianami płynu m. rdz. Artwiński i Gradziński stosują się do wskazań wiedeńskich. Interesujące jest zestawienie Kaspereka. Autor ten stosował u 117 paralityków leczenie salwarsanowe przed malarją i otrzymał w tych przypadkach wyraźnie gorsze wyniki, niż w drugiej serji obejmującej 186 paralityków, którzy tego leczenia nie przebyli. Stanowisko szkoły wiedeńskiej wydaje mi się zbyt apodyktyczne. Muszę przypomnieć dawniejsze zestawienia porównawcze Schulzego, Nonnego, Jossmanna i innych, z których wynika, że leczenie antiluetyczne stosowane po malarji nie daje lepszych wyników w porównaniu z samą malarją. Badania anatomopatologiczne przypadków leczonych malarją są dotąd nieliczne ze zrozumiałych zresztą powodów. A już do wyjątków zaliczyć trzeba przypadki gdzie zgon nastąpił w czasie trwania remisji. W okresie sprawozdawczym (1930 — 32) mamy do zanotowania tylko nieliczne prace, a mianowicie: Paulian i Bistriceanu'a, Bendera, Friedricha, Mari'a, Dreszera. Bender zbadał 30 przypadków (zakładu Berlin — Wittenau) gdzie zgon nastąpił w czasie malarji, lub zaraz po niej. Swierdził przeważające nacieki plasmatyczne (jak w p. p. nieleczonem), oraz (prawie) brak fagocytów. Na skutek powyższego (brak aktywowania) zaprzecza przemianę p. p. w proces kiłowy ostry. Badania Friedricha obejmowały duży materjał, ogółem 145 pp., z czego 91 leczonych metodą gorączkową. W 17 przypadkach z tych 91 leczonych, stwierdzono osłabienie (natężenia) procesu paralitycznego ($2^1/_2$ — 14 miesięcy po malarji), natomiast nie stwierdzono przeobrażenia w proces ostry. Friedrich wykazał brak różnicy obrazów histologicznych przy porównaniu przypadków leczonych malarją, odnośnie do leczonych gorączką powrotną. Podobne wyniki opisał Mari. Zbadał on histologicznie 7 przypadków p. p. zmarłych po leczeniu malarją w różnych odstępach czasu. Stwierdził brak objawów egzacerbacji procesu zapalnego, jak również brak tendencji do przemiany procesu p. p. we właściwy kiłowy. Malarja nie ma żadnego wpływu na zmiany miąższu nerwowego, natomiast powoduje zmniejszenie ilości nacieków zapalnych (plasmatycznych). Mari'emu nie udało się wykazać krętków w badanych przypadkach. W przytoczonej powyżej pracy Dreszera znajdujemy wyniki badania histologicznego mózgu 8 przypadków paraliżu leczonego malarją. Czas od chwili ukończenia leczenia do zgonu wahał się w tych przypadkach od $2^1/_2$ lat do

12 dni ($2^{1}/_{2}$ lat, 9 mies., 2 razy $5^{1}/_{2}$ mies., 22 dni, 15 i 12 dni). W jednym przypadku zgon nastąpił po 3 napadach zimnicy. Wszystkie przypadki wykazały jednakową lokalizację procesu paralitycznego (przedni biegun mózgu, róg Amona i wyspa), jak również charakteryzowały się brakiem zupełnym zwolnienia procesu chorobowego. W żadnym z badanych przypadków nie stwierdzono remisji za życia. W przypadkach sekcjonowanych wkrótce po malarji stwierdził Dreszer nasilenie procesu zapalnego. Wspomniane badania podobne jak i dawniejsze, przemawiają znowu zgodnie przeciwko hipotezie Gerstmanna o przemianie procesu paralitycznego w ostry proces kiłowy. Powołuję się na tem miejscu także na wyżej opisane badania komplikacyj pomalarycznych, zwłaszcza psychotycznych. Przechodząc do przedstawienia teoryj i badań eksperymentalnych, mających na celu wytłomaczenie sposobu działania leczenia gorączkowego, a w szczególności malarji, stwierdzić muszę podobnie jak w rozdziale poprzednim (dotyczącym badań anatomicznych), szczupłość odnośnej literatury za obecny okres. Za punkt wyjścia biorę ponownie zapatrywania Gerstmanna, wyrażone w jego znanym podręczniku. Autor ten powiada: „Główną przyczyną zmian porażenia, występujących w przebiegu leczenia zimniczego jest specjalne przeobrażenie głównego czynnika przyczynowego porażenia, którego wyrazem jest odpowiedni stosunek wzajemnego oddziaływania na siebie z jednej strony krętków i ich toksyn, z drugiej strony tkanki nerwowej jak i całego organizmu paralityka“. W paraliżu jest to układ dwóch czynników, osłabienia odporności organizmu i wzmożenia aktywności krętków. Malarja wpływa wedle Gerstmanna na oba te czynniki, powoduje wzmożenie odporności organizmu przez uczynnienie zdolności reagowania komórek. Następuje przywrócenie poprzedniego stosunku (lues III) mózgu do krętków („symbiotyczno - inaktywny“). Z drugiej strony zarazki ulegają jedne zniszczeniu, drugie osłabieniu, tak, że tracą zdolność działania destruktywnego w stosunku do tkanki nerwowej Gerstmann powołuje się na badania histologiczne (często opisywany brak spirochet w mózgu), oraz badania, między innemi Hoffa i Silbersteina, przytacza różne teorje, jak Plauta i Steinera („Überlagerung der Immunität“) szkoły hamburskiej (rozpad białka mobilizuje przeciwciała), teorje aktywowania protoplasmy, działania bodźcowego etc. Powołuje się następnie na badania Schillinga, wykazujące hematologiczne podobieństwo malarji do niespecyficznej reakcji bodźcowej. Opierając się na tych badaniach,

odrzuca teorję wyłącznego działania gorączki. Następnie opowiada się za teorją Wagnera, wedle której malarja szczepiona wywiera dwa działania na ustrój: 1) niespecyficzne (podobne do bodźcowego), 2) specyficzno - wybiorcze na ogniska syfilityczne w mózgu. Na dowód przytacza różne badania, między innemi serologiczne, a także rzadkie przypadki zmian trzeciorzędnych, występujących po malarji. Ostatecznie Gerstmann przyznaje, że powyższe zagadnienie nie może być jeszcze rozwiązane i że nadal nie możemy obejść się bez hipotez. Rozstrzygnięcie uzależnia od stanu badań patogenezy porażenia w przyszłości. Zaznaczam, że już w pierwszym referacie wypowiedziałem się w ten sam sposób, nie znając wtedy jeszcze zapatrywań Gerstmanna. Wedle Dujardina malarja „tercjaryzuje“ porażenie i tabes, jest to stanowisko podobne do Gerstmanna. Należy jednak zaznaczyć, że Gerstmann ma na myśli przedewszystkiem proces odpornościowy, nie anatomiczny. Gallinek przeprowadził eksperymenty, które dały wynik następujący: Surowica ludzi zdrowych, oraz nieleczonych paralityków niszczy spirochety in vitro po 5 — 6 godzinach, podczas gdy surowica luetyków niszczy je po 75 minutach, a (nieleczonych) lues cerebri po 20 — 30 minutach. Czas powyższy malarja skraca do 2 godzin, z czego wynika, że leczenie malarją powoduje wzmożenie sił obronnych paralityka. Wedle Bruetscha następuje stymulacja układu śródbłonkowo - siateczkowego, jak również krwi. Na podstawie własnych doświadczeń Bernardi twierdzi, że gorączka zmienia stosunki ciśnienia osmotycznego komórek opony miękkiej, co powoduje znowu wywędrowanie spirochet do otoczenia, gdzie zostają następnie zniszczone przez przeciwciała i złe warunki podłoża. Stwierdzamy więc, że nie uczyniono od czasu Gerstmanna dalszych poważniejszych postępów w celu wytłómaczenia działania leczniczego malarji. Leczenie malarją syfilisu (Kyrle) nie zostało przyjęte do stałego zasobu środków terapeutycznych i jest tylko sporadycznie stosowane. Hoffmann uważa, że leczenie malarją wczesnych okresów luesu jest zbyteczne. Kauders zastosował w 35 przypadkach kiły utajonej późnej ze zmianami płynu, malarję i stwierdził w 1/3 części przypadków, zaburzenia psychiczne, które uważał za poronną postać porażenia. Kauders twierdzi, że malarja odegrała w tych przypadkach rolę katalizatora, wyzwalając utajony proces paralityczny, a następnie go lecząc. Autor ten sądzi, że malarja jest ważnym środkiem zapobiegawczym w późnej kile, odnośnie do porażenia. Sądzę, że dopiero po długotrwałej obserwacji przypadków

Kaudersa, będzie można wypowiedzieć podobne twierdzenie, jak to czyni Kauders, wnioskowanie jego więc uważam za przedwczesne odnośnie do jego przypadków, tem bardziej, gdy on sam mówi o wyzwalaniu (!) przez malarję utajonego procesu porażenia. O'Leary opisuje 58 przypadków, które rozpoznał jako neurolues bezobjawowy, (przeważnie późna latencja), a które leczył w czasie 1924 — 1930 malarją. W 38 przypadkach stwierdził brak wpływu leczenia. W 6 z nich wystąpiły potem zmiany nerwowe. W 40 przypadkach (z tych 58) stwierdzono nietylko brak poprawy serologicznej, lecz nawet dalsze zwiększenie pleocytozy. Z 18 przypadków, w których wystąpiła poprawa serologiczna, 16 uległo następnie recydywie. Wyniki powyższe są bardzo pouczające.

Paige, Rickloff i Osborne leczyli 400 przypadków zachorzeń ośr. systemu nerwowego (200 przypadków porażenia) malarją. Po malarji stosowali zawsze leczenie chemiczne. Liczba popraw serologicznych, jakie otrzymali, wynosi 20 proc. Autorzy powyżsi są zdania, że przypadków z wczesnemi zmianami kiłowemi (do 2 lat po zakażeniu), nie należy leczyć malarją. Kerl podał ostatnio zestawienie wiedeńskiej kliniki dermatologicznej. Wyniki leczenia malarją wczesnej kiły nazywa on niezadawalniającemi, natomiast sądzi, że malarja obniża procent przypadków metaluesu wśród leczonych nią syfilityków. Arzt i Fuhs uzależniają zastosowanie malarji w przypadkach różnych kiłowych schorzeń ośr. syst. nerw. od wyniku próby luetynowej. Radzą stosować malarję tylko wtedy, gdy próba ta wypadnie słabo, lub ujemnie (analergja). Berde opisuje częste nawroty przy stosowaniu malarji w lues III ze zmianami płynu. Perelmann i Izraelowicz donoszą, że malarja jest endemiczna w Azerbajdżanie a pomimo tego spotyka się tam dosyć często przypadki neuroluesu, co świadczy, że malarja niema wartości profilaktycznej. Autorzy wiedeńscy Mandl i Puntigam podkreślają, że malarja naturalna nie chroni przed metaluesem. Wymienione spostrzeżenia, jak również liczne dawniejsze obserwacje (patrz referat poprzedni) świadczą o tem, że malarja niema żadnego poważniejszego znaczenia profilaktycznego odnośnie do kiły ośr. systemu nerwowego, a więc przemawiają przeciwko zapatrywaniom szkoły Wagnera. Przechodzimy obecnie do sprawy najważniejszej, mianowicie do zestawienia wyników leczenia porażenia malarją. W poniższym przeglądzie uwzględniam doniesienia, obejmujące materjał obszerniejszy. Kirschbaum opisuje w przytoczonej już powyżej pracy pomyślne wyniki leczenia malarją paralityków w wieku powyżej 60 lat. Leroy i Mé-

dakovitch podają w swym podręczniku następujące wyniki, dotyczące 102 paralityków: 36 remisyj, 12 częściowych remisyj, 15 popraw, 22 zgonów, reszta bez poprawy. Obserwacja tych przypadków wynosiła tylko do 2 lat. Ostenfeld leczył 95 paralityczek malarją z następującym wynikiem: 27 popraw, 24 stacjonarnych, 20 bez wpływu, 11 pogorszeń, 13 zgonów. Vermeylen i Vervaeck mieli 30 proc. remisyj i 30 proc. stacjonarnych, oraz 21,9 proc. zgonów u 64 leczonych porażeńców. Briner podaje w swej pracy tylko ilość remisyj (125p.p). jako 18,2 proc. Paralitycy z obciążeniem dziedzicznem alkoholowem, lub alkoholicy, wykazują, wedle Nemirowskiego i Narbutowicza brak popraw. Dattner podaje następujące zestawienie katamnestyczne. Obserwacja 129 paralityków w ciągu 6-8 lat, dała ostateczny wynik następujący: 53 remisyj i 14 stacjonarnych. Dattner potwierdza, że zmiany płynu m. r. w przypadkach długotrwałych remisyj ustępują, zaś uporczywe utrzymanie się tych zmian świadczy o mającem nastąpić pogorszeniu klinicznem. Wedle Dattnera malarja, jeżeli nie leczy zupełnie, to przynajmniej znacznie przedłuża życie. Interesującą jest statystyka Pfeifera i Rhodena, gdyż obejmuje przegląd 300 paralityków, leczonych w zakładzie psychjatrycznym. Autorzy opisują częste komplikacje ze strony przewodu pokarmowego. Ilość wyników pomyślnych była odwrotnie proporcjonalna do czasu inkubacji p. p., a wprost proporcjonalna do ilości napadów gorączki. Autorzy obliczyli pierwsze wyniki: 10 proc. remisyj i 53,1 proc. popraw. Procent zgonów spowodowanych przez malarję podano na 13,3. Połowa tylko przypadków(141) przebyła następowe leczenie chemiczne. Kontrolując powyższe wyniki w r 1929., stwierdzili autorzy, że ilość popraw wynosiła już tylko 37,3 proc. Najlepsze wyniki otrzymano w przypadkach początkowego porażenia, a następnie w postaciach manjakalnych i depresyjnych. Piknicy mają lepszą prognozę, robotnicy lepszą niż pracownicy umysłowi. Jest to ważne stwierdzenie dla oceny samych remisyj. Wreszcie co najważniejsze autorzy stwierdzają, że dobre wyniki otrzymuje się tylko wtedy, gdy porażenie nie trwa dłużej, jak 3 miesiące, gdy zaś trwa dłużej niż 1 rok, można się spodziewać tylko słabych wyników, wreszcie brak jest wyników, gdy p. p. trwa już 2 lata. Na dorocznym zjeździe psychjatrów niemieckich w r. 1931 omawiano dokładnie wyniki leczenia gorączkowego (Josmann, K. Schneider, Plaut, Kirschbaum, Horn i Kauders, Suckow). Jossmann podał zestawienie obejmujące 2.200 przypadków porażenia, leczonych metodami gorączkowemi w różnych szpitalach Berlina w latach 1922 — 1929.

W przypadkach tych było 23,4 proc. remisyj, 17,3 proc. popraw i 33,5 proc. zgonów. Wyniki powyższe są gorsze od wyników szkoly wiedeńskiej. Schneider podkreślił, że głównym wynikiem leczenia jest przedłużenie życia i zalecił bezwzględną ostrożność przy ocenie socjalnej leczonych. Plaut omówił zmiany serologiczne i podkreślił, że utrzymywanie się zmian płynu daje złą prognozę, nawet w remisjach klinicznych. Twierdzi on, że przypadki, w których przez 2 lata utrzymuje się stan negatywny likworu, odznaczają się zwykle trwałą poprawą. Zmiany płynu ulegają powolniej poprawie, aniżeli zmiany kliniczne. Podobne zapatrywania wypowiedzieli Kirschbaum, oraz Horn i Kauders. Suckow podał wyniki kliniki lipskiej. Na 406 leczonych było 10 proc. zgonów z winy malarji, przypadki leczone w czasie od 1921 — 25, wykazały 14,62 proc., gdy leczone później (1926 — 29) 20,6 proc. remisyj. Bürger - Prinz opisuje wynik leczenia 56 przypadków początkowego porażenia jako niezupełnie zadowalający, nigdy bowiem nie stwierdzono zupełnego ustąpienia demencji. Wyniki te zasługują mojem zdaniem na szczególne podkreślenie. Olavide stwierdził, zgodnie z dotychczasowem doświadczeniem, że formy ekspansywne dają najlepsze wyniki, oraz, że piknicy dają 60 proc., a astenicy tylko 20 proc. popraw. Wyniki Hendriksena za lata 1922 — 29 (319 p. p.) są dobre, a mianowicie: 25 proc. remisyj, 25 proc. popraw. Pacheco e Silva twierdzi, że kobiety częściej reagują na malarję poprawą, niż mężczyźni, gdy dotychczasowe doświadczenie wskazywało raczej odwrotnie. Ferrio miał wyniki zadawalające. Nobbe i Knabl podają, że w zakładzie Topiau śmiertelność w okresie 4 lat po przyjęciu, wynosiła w okresie przedmalarycznym 85 proc. przyjętych paralityków, obecnie zaś tylko 20 proc. Wyniki porównawcze Neymanna i Koeniga zostały opisane powyżej. Hinsie i Blalock podają katamnezy paralityków leczonych malarją w r. 1923 — 26. U 105 paralityków, leczonych tylko malarją, wykazano 21 proc. remisyj, 19 proc. popraw, a 43,8 proc. zgonów (w r. 1930). W przypadkach leczonych ponadto tryparsamidem było mniej remisyj, zgonów także mniej. Katamneza Haasa wykazała u 248 chorych, leczonych w klinice praskiej, 35,4 proc. wszelkich popraw (leczenie 1922 — 1928, katamnezy 1931). Ducosté miał 45,7 proc. wszelkich popraw. Artwiński i Gradziński opisali 516 przypadków porażenia leczonych zimnicą. Pierwotne wyniki tych autorów były następujące: 37,4 proc. remisyj, 22,29 proc. popraw, 11,05 proc. popraw małego stopnia, 8,33 proc. zgonów. W r. 1931 przeprowa-

dzili powtórne badanie (katamneza) u 386 z tych 516 chorych. Odnośne liczby wynosiły wtedy: 43,26 proc., 11,40 proc., 8,81 proc. 26,94 proc. Opisane przez tych autorów wyniki należą do najlepszych. Autorzy popełnili mojem zdaniem — tę nieścisłość, że w katamnezach z r. 1931 obliczali procent wyników nie w stosunku do 516 przypadków leczonych, a tylko na podstawie 386 przypadków, których katamnezy udało się zebrać. W ten sposób otrzymali wyższe cyfry wyników. Inni poprzednio przytoczeni autorzy obliczali wyniki w katamnezach wedle ilości pierwotnie leczonych przypadków. Jest to tem ważniejsze, że dopiero dane katamnestyczne stanowią o prawdziwych wynikach. Wyniki Artwińskiego i Gradzińskiego są ze względu zarówno na ilość przypadków, jak i długi okres czasu (od 1921 r.), zastanawiające. White podaje następujące zestawienie: z 214 paralityków nieleczonych malarją, żyło w 5 lat po przyjęciu, tylko 5. Wśród 192 paralityków, leczonych malarją w czasie 1922 — 1928, stwierdził White 140 popraw i 18 zgonów. Nie zauważył różnicy w wynikach między paralitykami leczonymi tylko malarją, a drugą serją przypadków, leczonych także chemicznie. Kallmann podaje 64 zgony z winy malarji wśród 407 przypadków leczonych malarją. Paralitycy leczeni w czasie 1922 — 25 wykazali 22 proc. remisyj i 22 proc. popraw. Zaś leczeni w 1926 — 29 20 proc. remisyj i 30 proc. popraw. Thurzó, Balla i Koppandy podają następujący wynik: 49,08 proc. popraw (13,98 proc. remisyj). Przypadki, których choroba trwała dłużej niż 1 — 1 1/2 roku, nie wykazywały popraw. Heinze leczył 32 przypadki paralysis juvenilis i stwierdził brak remisyj, 9 popraw, a 5 zgonów. Menninger uważa leczenie porażenia młodzieńczego malarją za bezskuteczne. Wyniki Haskinsa (31 popraw na 100 przypadków porażenia) odpowiadają zupełnie wynikowi autora niniejszej pracy, podanemu w referacie z r. 1929.

Sliosberg otrzymał 1/3 popraw. Odobescu i Vasilescu dzielą swych 65 paralityków, stosownie do leczenia na 3 grupy. U paralityków leczonych tylko chemicznie, obliczono 2 razy tyle popraw, co u leczonych tylko malarją. Antonoff opisuje tylko 28 proc. popraw. Badając remisje u paralityków po malarji, stwierdził Mauz przedewszystkiem przywrócenie odpowiedniego napięcia systemu wegatywnego, oraz psychomotorycznego, a ponadto zawsze pewną niwelację wyższej osobowości psychicznej. Simon badał zmiany inteligencji w porażeniu przed i po leczeniu i stwierdził, że paralitycy nigdy nie osiągają po leczeniu malarją stanu przedchorobowe-

go, a więc że nie należy im przyznawać zupełnej odpowiedzialności. Z powyższego zestawienia wynika, że ilość popraw waha się u różnych autorów w granicach od 30-60 proc., zwykle od 40-50 proc. przyczem często opisywano ilość popraw na 40 proc. Są to więc tylko różnice ilościowe. Co do nasilenia tych popraw, to obecnie nie opisuje się zwykle wyleczeń zupełnych, uwzględniając chroniczny przebieg choroby. Pozatem studjum literatury wykazuje, że czynnik subjektywny odgrywa dużą rolę w ocenie przypadków i że przeważa znacznie skłonność do optymizmu. Obecnie kładzie się silny nacisk na obliczanie wyników w dłuższy czas po leczeniu (katamezy), jako główny sprawdzian wartości malarji. Większość autorów stwierdza nadal przewagę wartości leczniczej terapji kombinowanej. Z powyższego wynika, że zasługa lecznicza przypada nietylko samej malarji. Uwzględniając procent popraw samoistnych podany przez Bumkego, na 10-19 proc., stwierdzamy zmianę na korzyść od czasu leczenia gorączkowego. Zmiana ta jest jednak tylko ilościowa, tem bardziej, że remisje wynoszą zwykle 1/2-1/3 wszelkich popraw, a więc 1|2 wzgl. 2|3 chorych z poprawą może cieszyć się tylko głównie przedłużeniem życia.

Obecnie przechodzę do omówienia wyników leczenia malarją porażenia w Dziekance w r. 1931 i 1932.

Przypadki porażenia leczone malarją w Dziekance w latach 1925-28, oraz 1929 i 1930 zostały opisane w dwóch poprzednich pracach autora.

Poniżej przedstawiam wyciąg kart szpitalnych 26 leczonych przypadków, celem uzyskania lepszego wglądu.

1) Chora T. K. lat 37, porażenie (demencja z euforją), choroba wystąpiła przed kilku miesiącami, do zakładu przyjęto pacjentkę 27. 3. 1931. Wassermann krwi był silnie dodatni, Wassermann płynu przy 0,5 silnie dodatni, przy 0,4-0,1 ujemny. Malarję zaszczepiono domięśniowo, inkubacja wynosiła 11 dni. Chora przebyła 12 napadów o typie codziennym w maju 1931. Po zimnicy otrzymała kurację acetylarsanową. Chorą zwolniono z zakładu 24. 6. 31. w stanie poprawy małego stopnia.

2) Chora Ł. K. lat 36, taboparalysis, demencja nieznacznego stopnia. Choroba trwa od 5 lat (tabes). Przed 2 laty leczono pacjentkę malarją w Poznaniu. Do zakładu przyjęta 16 11. 31. Stwierdzono zmiany płynu m. r. o charakterze paralitycznym. Malarja rozdzieliła się u pacjentki samoistnie na 2 raty. Kiłą zaraziła

się przed 14 laty. Chora została zwolniona 15. 4. 32. w stanie poprawy małego stopnia.

3) Chora C. P. lat 38. taboparalysis, dementia simplex, choroba trwa od roku przed przybyciem do zakładu (12. 12. 31). Płyn m. r. wykazał zmiany o charakterze paralitycznym. 23. 12. 31. zaszczepiono chorej malarję domięśniowo, gorączkowała od 1. do 19. 1. 32 i przebyła 13 napadów. Po malarji stosowano leczenie salwarsanem, a ponadto acetylarsanem. Chora przebywa nadal w zakładzie i nie wykazuje poprawy.

4) Chora M. T. lat 32. Choroba wystąpiła przed kilku miesiącami, do zakładu pacjentka przybyła 10. 12. 31. Klinicznie stwierdzono porażenie, serologicznie (płyn) zmiany kiłowe. Pacjentka była poprzednio leczona malarją w Poznaniu. W zakładzie przebyła tylko 2 napady malarji, poczem gorączkowanie samoistnie ustąpiło. Chora przebyła leczenie acetylarsanem. Została zwolniona 12.6 31. w stanie poprawy, która to poprawa wystąpiła 1½ miesiąca po malarji, rozwijając się stopniowo. Forma porażenia przed malarją była expansywna.

5) Chora M. K., wiek nieznany, p. p. (demencja z euforją), odkąd trwa choroba niewiadomo; pacjentkę przyjęto do zakładu 21. 9. 31. stwierdzono zmiany płynu m. r. o typie paralitycznym. Chora przebyła w lipcu 1932 9 napadów gorączki codziennej. Przed i po malarji stosowano kilkakrotnie kurację specyficzną. Pacjentka przebywa nadal w zakładzie, wykazuje brak poprawy.

6) Chora K. K., lat 33, początek choroby 25. 2. 28., przyjęcie do zakładu w dniu 1. 3. 28. Klinicznie stwierdzono porażenie, Wassermann krwi dodatni, w płynie zmiany słabego stopnia. W czasie od 24. 7. do 3. 8. 32. przebyła 11 napadów gorączki codziennej, przed malarją leczono chorą bizmutem po malarji acetylarsanem. Chorą leczono stosunkowo późno malarją, z powodu atypowości przebiegu klinicznego. Po malarji zmiany płynu ustąpiły. Pacjentka przebywa nadal w zakładzie. Poprawy niema.

7) Chora F. U., lat 37. Choroba rozpoczęła się przed 2 laty; do zakładu pacjentka przybyła w dn. 4. 7. 32. Klinicznie stwierdzono porażenie z demencją i depresją. Płyn wykazal zmiany kiłowe. Pacjentkę zaszczepiono malarją domięśniowo 17. 11. 32, gorączkowała od 1. do 12 12.32. przebyła 9 napadów. Przed malarją otrzymała leczenie acetylarsanem, a po malarji salwarsanem. Do chwili obecnej (połowa marca 1933) brak poprawy.

8) Chora Z. G., lat 32, przyjęta 26. 2. 32., p. p. dementia simplex. W płynie zmiany paralityczne. Malarję zaszczepiono domięśniowo 17. 11. 32. Pacjentka gorączkowała od 3. do 16. 12. 32. i przebyła 8 napadów o typie trzeciaczkowym. W połowie okresu gorączkowego wystąpiły przemijające stany amentywne (w czasie trwania gorączki). Po malarji leczono chorą salwarsanem. Pacjentka przebywa nadal w zakładzie, badanie płynu wykonane obecnie stwierdziło brak odchyleń od stanu poprzedniego. Klinicznie niema poprawy.

9) Chora M. W., lat 39. Zakażenie kiłowe w 1914 r. Choroba trwa od lutego 1932. Do zakładu przybyła 6. 10. 32. Stwierdzono wtedy typowy stan manjakalny porażenia. W płynie wykazano zmiany kiłowe. Chorą zaszczepiono malarją domięśniowo 15. 12. 32., poczem przebyła 8 napadów w czasie od 27. 12. 32. do 9. 1. 33. Przed malarją otrzymywała zastrzyki acetylarsanu. Poprawa wystąpiła przy końcu leczenia malarją (ustąpienie stanu manjakalnego). Zwolniono pacjentkę 23. 2. 33. w stanie poprawy.

10) Chory L. S., lat 46. Choroba trwała w chwili przyjęcia do zakładu (we wrześniu 1932 r.) już 2 lata. Klinicznie stwierdzono taboparalysis, (demencja z euforją), a w płynie zmiany paralityczne. Chorego zaszczepiono domięśniowo 16. 12. 32. Napadów przebył 7 (28. 12. 32.-3. 1. 33). o typie codziennym. Po malarji stosowano salwarsan i bizmut. U pacjenta tego pierwsze objawy psychiczne wystąpiły w 3 miesiące po grypie. Również po grypie nastąpiło dalsze pogorszenie wzroku. Do chwili obecnej brak poprawy.

11) Chory Ł. S., lat 36, taboparalysis, znaczna demencja. Szczepienie malarją domięśniowe 16. 12. 32. Pacjent gorączkował od 24. 12. 32. do 5. 1. 33. i przebył 10 napadów. Po malarji otrzymał kurację bizmutowo - salwarsanową. Poprawa nie nastąpiła.

12) Chory J. M., lat 43, taboparalysis, dementia simplex. Początek choroby w r. 1926. Poprzednio leczony malarją przed 3 laty. Do zakładu przyjęty w lutym 1931. Wykazano zmiany płynu słabego stopnia. Pacjent przebył tylko 3 napady malarji, ustąpienie gorączki było samoistne. Po malarji stosowano kurację bizmutowo-salwarsanową. Chory przebywa nadal w zakładzie, poprawy niema.

13) Chory K. M., lat 47. Choroba trwała w chwili przyjęcia (marzec 1932) już 4 lata. Stwierdzono porażenie ze znaczną demencją. Szczepienie domięśniowe wykonano 13. 7. 32. Chory

gorączkował od 26. 7. do 4. 8. 32. i przebył 9 napadów gorączki codziennej. Następnie otrzymał kurację bizmutową. Pacjent przebywa w zakładzie, poprawy niema.

14) Chory J. W. lat 47, od 10 lat był już nerwowy. Na 3 tygodnie przed przyjęciem do zakładu, przebył uraz z utratą przytomności. Po urazie wystąpiły zaburzenia psychiczne, z powodu których musiano oddać chorego do zakładu. Badanie kliniczne wykazało formę ekspansywną porażenia, badanie płynu zmiany paralityczne. Malarję zaszczepiono domięśniowo 15. 7. 32. Chory gorączkował od 24. 7. do 4. 8. 32., przebył 11 napadów o typie codziennym. Następnie leczono go bizmutem i salwarsanem. Przebywa nadal w zakładzie, poprawa nie nastąpiła.

15) Chory A. K., lat 32, przyjęty w r. 1930, stwierdzono taboparalysis (dementia z euforją). Chory przebył 3 napady gorączkowe w r. 1932, poczem malarja samoistnie wygasła. Leczony był bizmutem i salwarsanem. Chory jest w zakładzie, poprawa nie nastąpiła.

16) Chory F. K. lat 52, przyjęty w czerwcu 1931, 4 miesiące po rozpoczęciu się choroby. Stwierdzono porażenie z demencją z okresami manjakalnemi i depresyjnemi. W sierpniu 1932 przebył 9 napadów typu codziennego. U chorego nastąpiła poprawa po malarji. Przebywa nadal w zakładzie.

17) Chory F. Km., lat 28. Zachorował na 4 dni przed przyjęciem do zakładu w dniu 17. 9. 32. Stwierdzono p. p. cum agitatione. Badanie płynu m. r. wykazało zmiany kiłowe. Szczepiony malarją domięśniowo 4. 12. 32., gorączkował od 11. do 26. 12. 32. i przebył 10 napadów. Po malarji leczenie bizmutowo - salwarsanowe. Pacjent przebywa nadal w zakładzie, poprawa nie nastąpiła.

18) Chory A. G., lat 51, przebywa w zakładzie od 1927 r. W r. 1927 płyn m. r. zmian nie wykazywał. Obecnie demencja z euforją. Pacjent przebył w lipcu r. 1932, 6 napadów malarji, która wygasła samoistnie. Już w r. 1928 przebył malarję w zakładzie, nadal niema poprawy.

19) Chory J. G. ur. 1890 r. W chwili przyjęcia do zakładu (lipiec 1931) choroba trwała już około 2 lat. Stwierdzono porażenie (dementia simplex). Pacjent przebył 7 ataków zimnicy codziennej w lipcu 1932. Malarja wygasła samoistnie. Chory przebywa nadal w zakładzie, brak poprawy.

20) Chory A. R., lat 60. Początek choroby zdaje się $1^1/_2$ roku przed przybyciem do zakładu. Zakażenie kiłowe przed 25 laty. Odczyn Wassermanna krwi ujemny, płynu silnie dodatni. Chory przedstawiał formę manjakalno-depresyjną porażenia. Od 13. do 24. 12. 32. przebył 9 napadów. Przebywa nadal w zakładzie, brak poprawy.

21) Chory K. R., lat 50, zachorował 1 miesiąc przed przybyciem do zakładu w lipcu 1932. W płynie stwierdzono zmiany paralityczne, zaś klinicznie postać manjakalną porażenia. Leczono chorego dwukrotnie malarją (sierpień 1932, styczeń 1933) w ilości 9 i 10 napadów. Po drugiej malarji przebył kurację bizmutowo-salwarsanową. Ostre objawy psychotyczne po malarji stopniowo ustąpiły, pozostała nieznaczna demencja. Pacjent przebywa w zakładzie, wykazuje poprawę.

22) Chory S. R., lat 32, alkoholik, zaraził się luesem w 1922. W zakładzie po raz drugi od 1931 r. Stwierdzono p. p. (dementia simplex). W marcu 1931 przebył 11 napadów malarji. Poraz drugi w lutym 1932, 6 napadów malarji. Wreszcie poraz trzeci w listopadzie 1932, 3 napady, (gorączka samoistnie ustąpiła). Przebył leczenie salwarsanowe. Chory jest w zakładzie, poprawy niema.

23) Chory S. P., lat 29, początek choroby na 1 miesiąc przed przybyciem do zakładu (21. 10. 32.) Wassermann płynu dodatni. Przebył 7 napadów malarji w październiku i listopadzie 1932, a następnie kurację bizmutowo - salwarsanową. Przebywa w zakładzie, poprawy niema.

24) Chory J. D., lat 30. Przebył uraz (marzec 1932), poczem wystąpiła choroba. Przyjęty 18. 5. 32., p. p. agitata. Wassermann krwi ujemny, płynu m. r. dodatni. Szczepienie malarji 29. 6. 32, poczem gorączkował od 8 — 16. 7. 32 i przebył 9 napadów o typie codziennym. Zwolniony w stanie poprawy dnia 13. 8. 32. W listopadzie 1932 stwierdzono zupełną poprawę (remisja).

25) Chory S. S., lat 30. Choroba trwała już $1^1/_2$ r. przed przyjęciem do zakładu (1. 8. 32). Objawy neurasteniczne. Płyn wykazał zmiany o typie paralitycznym. Szczepienie domięśniowo 5. 8. 32, poczem gorączkował od 11 — 22. 8. 32. i przebył 9 napadów, a następnie kurację chemiczną. Zwolniony został 9. 11. 32. w stanie bez poprawy.

26) Chory M. O., lat 47, alkoholik, zachorował przed tygodniem (przyjęty 21. 6. 32). W płynie stwierdzono zmiany paralityczne. Forma porażenia manjakalna. Przebył 10 napadów (26. 7 —

5. 8. 32), a następnie leczenie specyficzne (salwarsan i bizmut). Zwolniony dnia 11. 11. 32. w stanie daleko posuniętej poprawy (remisja).

Analiza przypadków powyżej opisanych nasuwa następujące spostrzeżenia. Uraz cielesny może być momentem wyzwalającym w porażeniu postępującem, o czem świadczą przypadki 13, oraz 24. Obserwacje powyższe są potwierdzeniem tych, które opisał (patrz powyżej) Fornaca. Podobne działanie grypy w przypadku 10 nie jest tak pewne, aby można z tego wysnuć wniosek na poparcie powyżej przytoczonej obserwacji Kaudersa. W powyższych 26 przypadkach przeprowadzono szczepienie domięśniowe. Inkubacja malarji wynosiła najczęściej kilka do kilkanaście dni (6 — 14), wyjątkowo dłużej (przypadek 12 — 20 dni), lub krócej (przypadek 18 — 1 dzień). Ilość napadów wahała się w granicach szerokich (2 — 13), z czego 11 przypadków 8 — 9 napadów, 8 razy ilość napadów wynosiła 10 — 12 napadów. Jako najczęstszy typ zanotowano u naszych chorych tor gorączkowy codzienny (16 razy na 29 leczeń malarją u 26 chorych). Gorączka codzienna występowała częściej u mężczyzn (1 : 2) niż u kobiet (1 : 3). Trzeciaczkę obserwowano u 2 kobiet. Wysokość temperatury napadów wahała się od 38 — 41^0 w przeważającej znacznie liczbie przypadków 39 — 40^0.

Stosunek ilości napadów, oraz rodzaju gorączkowania do popraw był następujący: u kobiet stwierdzono 2 poprawy małego stopnia (przypadek 1 i 2), oraz 2 poprawy (przyp. 4 i 9). W przypadku 1-ym było napadów 12 o typie codziennym, w przypadku 2-m zaś 9 o typie nieregularnym. Większe różnice spotykamy porównując przypadki 4 i 9. W 1-ym z nich ilość napadów była najniższa, bo 2, gdy w 2-m (9), ilość ta wynosiła 8, a typ gorączki był trzeciaczkowy. U mężczyzn podobne zestawienie daje następujące wyniki. Na 17 leczonych mężczyzn zanotowano 4 poprawy (z czego 2 równające się remisji). Są to chorzy 16, 21, 24 i 26. Wspomniani pacjenci przebyli następującą ilość napadów: 1) chory 16-y, 9 napadów gorączki codziennej, 2) chory 21 przebył dwukrotnie malarję (w sierpniu oraz w grudniu 1932), w ilości 9 i 10 napadów typu codziennego, oraz nieregularnego. 3) Chory 24-ty gorączkował codziennie i przebył 9 napadów. 4) chory 26-ty przebył 10 napadów gorączki codziennej. Ponieważ jednak u 5 innych chorych (5, 7, 13, 20 i 25) zanotowano również 9 przebytych napadów, a równocześnie brak poprawy, sądzę, że nie można wyciągać żadnych wniosków z danych powyższych. Chory 22 prze-

był 3 krotnie malarję leczniczą, nie wykazując dotąd poprawy. Z powyższych zestawień wynika tylko, że naogół poprawa występuje tam, gdzie ilość napadów przekracza liczbę 8. Odnośnie do wieku otrzymałem następujące zestawienie: 1) kobiety 33 (4-ta), 36 (2), 37 (1) i 39 (9), 2) mężczyźni 30 (24-ty), 47 (26-y), 50 (21-y) i 52 (16). Uderza ilość przypadków w wieku późniejszym (47-52 lat). Co do najważniejszej kwestji, a mianowicie czasu trwania choroby, to przedstawia się on we wszystkich przypadkach następująco: 1) małe poprawy (chore 1 i 2), kilka miesięcy i 5 lat (toboparalysis!), 2) poprawy: a) u kobiet (chore 4 i 9) mniej niż 1 rok, b) u mężczyzn: przypadek 16-y około 6 miesięcy (w czasie leczenia), przypadek 21-y $1^1/2$ miesiąca (w czasie 1-go leczenia), przypadek 24-ty 4 miesiące (w czasie leczenia), wreszcie przypadek 26-ty tylko 6 tygodni (zachorował tydzień przed przybyciem do zakładu). A więc w 7 na 8 przypadków, czas trwania choroby wynosił mniej niż 1 rok, a u wszystkich mężczyzn nie więcej niż $^1/2$ roku. Wynik ten jest zgodny z dotychczasowem doświadczeniem. Leczenie chemiczne stosowano w 7 przypadkach (8-y wcześnie zwolniony). Co do czasu trwania wspomnianych popraw, to sprawa ta przedstawia się następująco: obie chore z poprawą małego stopnia jak i 2 następne z poprawą zwolniono z zakładu w krótkim czasie ($1^1/2$ — 4 mies.) po przebyciu zimnicy. Brak nam danych katamnestycznych odnośnie do tych przypadków. Obaj mężczyźni z poprawą przebywają nadal w zakładzie, przyczem poprawa ta trwa (chory 16-y) pół roku, oraz (21) 3 — 6 miesięcy (powolne postępowanie polepszenia). Przypadki z remisją zwolniono w czasie: 1) jednego miesiąca (24) w stanie poprawy, 3 miesiące potem stwierdzono remisję. 2) chorego 26-go zwolniono w stanie remisji 3 miesiące po leczeniu malarją. Wynik powyższy (8 popraw na 26 - 30,77 proc.) jest prawie identyczny z wynikiem podanym w pierwszej pracy (30,24 proc.). Ze względu na krótki jeszcze stosunkowo czas obserwacji, jak i również małą ilość przypadków, nie przypisuję powyższemu wynikowi zasadniczego znaczenia. W przygotowaniu znajduje się praca w której przedstawię katamnezy wszystkich chorych leczonych malarją w Dziekance. Nie mogę przesądzać naturalnie ostatecznego ukształtowania się wyników po dalszej jeszcze obserwacji chorych. Na podstawie jednak dotychczasowego wyniku mych badań mogę podtrzymać nadal stanowisko, które zająłem w pracach poprzednich, opierając się na ujęciu przez zagadnienia Piotrowskiego oraz na własnem doświad-

czeniu. Leczenie malarją nie przyniosło nic nowego. Daje ono tylko często większy procent popraw, niż inne leczenie. Wyniki nasze, które dotychczas przedstawiłem, nie pozwalają mi podzielać przesadnego optymizmu niektórych autorów. Odnoszę się sceptycznie nie do samego leczenia, lecz tylko do nadmiernego przeceniania wartości malarji leczniczej.

Literatura.

Ahronheim Psych. neur. Woch. 1931, 624; Albrecht D. Z. Nervenheilk. 127; Alurralde, Sepich Acta. Conf. lat. amer. Neur.I; Antonoff, Zentralbl. N. P. 64, 522; Araya, Arch. Hosp. N. Rio 2; Arzt, Fuhs Arch. f. Dermat. 166; Artwiński i Gradziński, Rocznik Psych. XVII.

Bamford, Lancet 1932, II, 337; Bender, Zentralbl. N. P. 60, 136; Abh. Neur. 65; Benedek, Monatschr. Psychiatr. 79; Berde, Dermat. Woch. 1932, 1284; Bernardi, Rass. Studi psich. 21; Bornstein, Rocznik psych. XVII; Bottema, Arch. f. Dermat. 164; Bravetta, Note Psichiatr. 60; Briner, Z. Neur. 128; Bruetsch, Zentralbl. N. P. 60, 135; Brunner, Nervenarzt. 3; Bumke, Springer. Berlin 1929; Bürger — Prinz, Berlin, Springer. 1931;

Cady, Everhardt. Arch. physic. Ther. 12; Capgras, Joaki, Fail, Bull. Soc. clin. méd. ment. 23; Carrière, Allg. Z. Psychiatr. 97; Claude, Ann. mal. vénér 27; Rev. neur. 28; Claude, Coste. Bull, Acad. Méd. Paris III s. 106; Choroszko etc. Zentralbl. N. P. 65; 393; Dattner Zentralbl. N. P. 60; 136; Wien. med. Woch. 1932, 352; Wien. Klin. Woch. 1931, 1069; Klin. Woch. 1930, 2425; Dickinson, Z. Hyg. 113; Dreszer, Rocz. psych. XVII. Dretler, Rocz. psych. XVII; Ducosté, Bull. Acad. Méd. Paris III. s. 107; Dujardin J. de Neur. 30; Dupony, Pichard. L'Encéphale 1930; 1931.

Ferrio, Note e Riv. di Psichiatria 60, 1; 60,2; Fornaca Zentralbl. N. P. 59, 11/12; Forster. Z. Neur. 133; Friedrich Zentralbl. 60, 137;

Gallinek, Monatschr. Psychiatr. 79; Geiger, Arch. f. Dermat. 162; Gerszkowicz, Sowr. Psichonewr. 9; Gerstmann, Springer Wien 1928; Grabow. Z. Neur. 128; Grschebin, 8 Congr. intern. Dermat. Grszebin, Tapelson Venerol. 7 6|7.

Haas, Z. Neur. 137; Haskins, Psychiatr. Quart. 5; Hauptmann, Z. Neur 128; Heilberg, Acta psychiatr. 7; Heinze Abh. Neur. 65; Hendriksen, Acta psychiatr. 6; Hinsie, Wien. Klin. Woch. 1931, 696; Hinsie, Blalock, Psychiatr Quart. 6; Amer. J. Psychiatry 11;

Hoffmann, Dermat. Z. 59; Horn, Kauders, Zentralbl. N. P. 60, 129.

Jagdhold, Z. Neur. 128; Jahnel, Zentralbl. N. P. 60, 394; Jossmann, Zentr. N. P. 60, 125;

F. Kafka, Rew. neur. 28; Kallmann, Zentralbl. N. P. 60, 134; Abh. Neur. 65; Kasperek, Zentralbl. N. P. 60, 132; Kauders Psych. Neur. Woch. 1931, 525; Wien. med. Woch. 1932, 375; Kauders, Liebesny, Finaly Wien. Klin. Woch. 1932, 935; Kerl, Wien. med. Woch. 1932, 378; Kihn. Allg. Z. Psychiatr. 94; Z. Neur. 1931; King, Phys. Ther. 49; Kirschbaum, Z. Neur. 128; 132; 137; Zentralbl. N. P. 60, 128; Kirschner, Rocznik Psych. XVII; Köhler, Rev. méd. Suisse rom. 51; Kriczewski, Trudy mikrobiol. 5; Kusiak, Pol. Gaz. Lek. 1931, 334.

Leroy, Médakovitch Paris Doin Cie 1931; Leroy, Médakovitch; Monier Ann. méd. psych. 89; Leroy, Trelies Bull. Soc. clin. méd. ment. 23; Levaditi, Lépine, Schœn C. r. Soc. Biol. Paris 109; Levaditi, Vaisman, Schœn ibid. 110; Leven, Monatschr. Kinderheilk. 49; Lomholt, Hosp. tid. 1931, 1175; Lôo, Donnadieu Ann. méd. psych. 89, 523;

Mandl, Puntigam Z. Neur. 133; Marchionini, Zentralbl. N. P. 63, 3|4; Marchionini, Ottenstein Dtsch. Z. Nervenheilk. 128; Mari, Riv. Pat. nerv. 37; A. Marie, Arch. intern. Neur. 50; Matecki, Rocz. Psych. XVII; Mauz, Z. Neur. 127; Medem, Nowiny Psych. 1929; III-IV; Menninger J. Amer. med. Assoc. 95; Merritt, Z. Neur. 136; Mikulski, Liszka, Rocz. Psych. XVIII-XIX; Mirskaja-Ginsburg, Obozr. Psichiatr. 52; Mühlens, D. med. Woch. 1931, 40; Müller, D. Z. Nervenheilk. 120;

Nemirowski, Narbutowicz, Obozr. Psichiatr. 5, 2; Neymann; Z. Neur. 132; Neymann, Kœnig, J. Amer. med Assoc. 96; Neymann, Osborne, J. Amer. med. Assoc. 96; Nicolau, Ann. mal. vénér. 27; Nobbe, Knab, Arch. f. Psychiatr. 94; Nonne, Urolog. Rev. 34.

Odobescu, Vasilescu, :Rev. stiint. med. 20; Olavide, Ann. Hosp. José y Adela 1; O'Leary, Med. Clin. N. Amer. 14; J. Amer. med. Assoc. 97; Ostenfeld, Hosp. tid. 1930, II; Ostrovidov Lijecn, Vjesn. 53.

Pacheco e Silva, Sao Paulo med. 1; Pacheco e Silva, Chipiakoff. Mem. Hosp. Juquery 5/6; Pigea, Rickloff, Osborne N. Y. State J. med. 51; Pajakoff Zentrabl. N. P. 64,523; Pap Arch. f. Psychiatr. 97; Paulian, Bistriceanu Spital 50; Perelman, Izraelowicz Sowrem. Psichonewr. 9; Pfeifer, Rhoden Dtsch. Z. Nervenheilk 117/9;

Al. Piotrowski, Now. Psych. 1931, I-II 26; 237; Plaut, Zentralbl. N. P. 60, 128; 870; Z. Neur. 127; 128; Z. Immun. 71; Poenitz, Dtsch. Z. Nervenheilk. 114; Ponisowskaja, Miniowicz, Z. Newropat. 9.

Rajka, Radnai, Z. Neur. 131; Ravaut Paris, urol. Riv. 35; Rayburn, South. med. J. 23; Rizzatti, Riforma med. 1930, II; Roggenbau Abh. Neur. 65,102; 107; Rotter, Arch. f. Psychiatr. 90; Ruprecht Psych. neur. Woch. 1932,268; Ruzicska, Psych. neur. Woch. 1931, 27;

Sagel, Zentralbl. N. P. 60,129; Schacherl, Wien. Klin. Woch. 1932, 1018; Scherer, Virchows Arch. 286; Schneider, Zentralbl. N. P. 60,127; Schröder, Acta Psychiatr. 7; K. Schroeder, Münch. med. Woch. 1931, 324; Hosp. tid. 1932, 551; 605; Schulte, Psych. neur. Woch. 1931, 145; Zentralbl. N. P. 60, 868; Schwarz, Zentralbl N, P. 60, 133; Sézary, Bull. Soc. méd. Hôp. Paris 46; Sézary, Barbé, Ann. de Dermat. 2,340; Bull. Soc. méd. Hôp. Paris 48; Sézary, Duruy, Bull. Soc. fr. Dermat. 39; Sierra, Acta Conf. lat. amér. Neur. 1; Simon, Ann. méd. psych. 88; Skalweit, Z. Neur. 129; Klin. Woch. 1931. 548; Sliosberg, Rev, méd. Suisse rom. 52; Solomon, Epstein, N. Y State J. Med. 31; Steiner, Z. Neur. 1931; Stiefler, Zentralbl. N. P. 60, 135; Sträussler Jb. Psychiatr. 48; Suckow, Zentralbl. N. P. 60 131; Suominen, Duodecim 47; Syring, Dtsch. med. Woch. 1931, 2155; Świerczek, Nowiny Psych. 1929, III-IV, 1931, I-II 1932, I-II 24; 32;

Targowla, Ann. mal. vénér. 27; Tokay, Psych. neur. Woch. 1930, 563; Tommasi, Acta dermato vener. 13.

Vermeylen, Vervaeck, L'Encéphale 1930, 563:

Wagner, Z. Neur. 128; Wien. med. Woch 1932, 328; Münch. med. Woch. 1931,4; Walter, Dtsch. Z. Nervenheilk. 117/9: Warstadt, Abh. Neur. 65; Weigl, Rocznik Psych. XVII; Wertham, Zentalbl. N. P. 60, 870; White, Intern. Clin. 3,41; Wimmer, Dtsch. Z. Nervenheilk. 117|9; Worms, Schulze, Dtsch. med. Woch. 1931, 1856.

Hôpital Psych. Publ. de Dziekanka. Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. PIOTROWSKI.

Le traitement de la Paralysie générale.

Par le docteur St. ŚWIERCZEK.

Le rapport présente la continuation des travaux publiés par l'auteur sur le même thème dans les années 1929et 1931.

Dans la première partie du rapport l'auteur passe en revue la bibliographie relative à la malariathérapie de la P. P. dans les années 1930-32 en tenant compte de l'étiologie, de la pathogénie et du traitement de cette affection, et il constate à la suite de l'analyse des publications relatives que la théorie du neurotropisme n'est pas suffisament fondée de même que l'hypothèse de Gerstmann sur la transformation du procès paralitique sous l'influence de la malariathérapie.

Dans la deuxième partie de ce travail se trouve une statistique des résultats du traitement des malades à Dziekanka dans les années 1931 et 1932 (8 cas d'amélioration sur 26 malades). A la suite de ses expériences l'auter s'oppose à l'optimisme exagéré dans l'appréciation des résultats de la malariathéraphie.

Dr. med. JULJAN PODWIŃSKI (Wilno).

Kolonja dla psychicznie chorych „Janieliszki" pod Wilnem,

jako nowy typ opieki psychjatrycznej pozazakładowej w Polsce.

Jednem z największych niedomagań życia społecznego na Ziemiach Północno - Wschodnich Rzeczypospolitej — jest zaniedbanie opieki nad psychicznie chorymi.

Nieuregulowanie, raczej niezrealizowanie wielorakich projektów tej sprawy, niejednokrotnie już omawianej na specjalnie zwoływanych w tym celu konferencjach, oraz Zjazdach Psychjatrów Polskich, w ciągu 14 lat naszej niepodległości Państwowej, tamuje, powiedziałbym, w dużym stopniu rozwój kultury na naszych Kresach.

Przedewszystkiem w sprawie opieki psychjatrycznej zakładowej opracowano cały szereg szkiców i projektów budowy Okręgowego Szpitala na 700 łóżek w majątku państwowym „Kojranach" pod Wilnem; zdawało się, że wreszcie sprawa ta ruszy z martwego punktu konferencyj i narad w tym przedmiocie, tymczasem życie zadrwiło z tych projektów, gdyż w konferencjach tych komitet budowy nie uwzględnił drobnostki-możliwości finansowych Państwa.

Byliśmy świadkami stwierdzenia faktów uchwalania na zjazdach i konferencjach rezolucyj, w realizację których sami nawet autorzy

wierzyć nie mogli, wileńscy zaś psychjatrzy nie mieli dotąd szczęśliwej ręki do uregulowania tej palącej sprawy, jaką jest do dziś opieka nad psychicznie chorymi na terenie Wileńszczyzny.

Co prawda spodziewano się poparcia finansowego Sejmików, zainteresowanych w rozwoju tej opieki, obecnie jednak wyjaśniło się już ostatecznie, że cały ten plan (jak wiele zresztą innych projektów) upadł, gdyż uzyskanie potrzebnych kredytów na zamierzone inwestycje leży daleko poza kręgiem realnego stanu rzeczy.

W ten sposób sprawa budowy Okręgowego Szpitala Psychjatrycznego na Wileńszczyźnie, stwierdzić to już można dziś całkiem konkretnie, pozostanie jeszcze w ciągu zapewne długich lat w sferze projektów i na szeroką skalę zakreślonych planów, zasłaniających klęskę społeczną, niezrealizowanie zaś uchwał odbytych Zjazdów i Konferencyj w tym przedmiocie — jako manewr, dążący do odwrócenia uwagi od tej klęski.

*
* *

Statystyka psychicznie chorych jest rzeczą niezmiernie trudną; przytaczając więc jakiekolwiek liczby, należy zastrzec się co do ich ścisłości. Przyjmujemy wyniki otrzymane przez inne narody, które doszły do wniosku, że przeciętnie 3 osoby na 1000 ludności choruje psychicznie, z czego 1|3 wymaga umieszczenia w zakładach psychjatrycznych.

U nas zaś ilość ta we wschodnich rolniczych województwach Polski może być mniejsza i wynosi 2 osoby na 1000 ludności; stąd łatwo przyjdziemy do wniosku, że województwo Wileńskie przy 1.300.000 ludności (według spisu ostatniego ludności z dnia 9. XII. 31 r. Woj. Wileńskie ma 1.275.269 głów, nie licząc wojska) posiada co najmniej 2.600 psychicznie chorych.

Przypuszczając w dalszym ciągu, również optymistycznie, że tylko 1/3 chorych bezwzględnie wymaga umieszczenia w szpitalu, otrzymamy tylko dla Województwa Wileńskiego 870 kandydatów. Rzecz prosta, że musimy przyjąć pod uwagę także ościenne województwa (Nowogródzkie, Poleskie), które zakładów nie mają, a chorych skierowują do Wilna; stąd łatwo się przekonamy, że szpital na 1.200 łóżek zostanie przepełniony.

Wychodząc z powyższego założenia należy uprzytomnić sobie, że w samem Wilnie żyje wśród nas przeszło 600 psychicznie chorych, z których wymaga opieki psychjatrycznej zakładowej mniej więcej 200 osób. Tych ostatnich obsługują tylko dwa oddziały

psychjatryczne, znacznie zredukowane liczbowo, przy szpitalu miejskim Św. Jakóba na 35 łóżek i szpitalu żydowskim na 30 łóżek — czyli razem „65“ łóżek etatowych.

Jeżeli dalej weźmiemy pod uwagę, że szpital psychjatryczny państwowy, który jest przeznaczony dla potrzeb ludności terenów powiatowych posiada „150“ łóżek etatowych — otrzymamy bardzo znikomą liczbę łóżek psychjatrycznych dla całego Województwa Wileńskiego, wyrażającą się cyfrą „215“.



Kolonja dla psychicznie chorych „Janieliszki“. Chorzy przy obiedzie. Wizyta lekarska.

Przed wojną Wileńszczyzna (ściśle mówiąc 5 byłych gubernij t. zw. Północno - Zachodniego Kraju) posiada duży Okręgowy Szpital dla umysłowo chorych na 1.100 łóżek w Nowej - Wilejce pod Wilnem. W samem zaś Wilnie dwa Oddziały Psychjatryczne przy szpitalach miejskich Św. Jakóba i Żydowskim — w łącznej sumie — 160 łóżek, dalej przytułek dla wypadków przewlekłych w byłym szpitalu O. O. Bonifratów przy kośc. Św. Krzyża na 40 łóżek. Prócz tych 1.300 łóżek mieliśmy w Wilnie zakład dla alko-

holików na 20 łóżek, wreszcie koło st. Olkieniki kolonję »Deksznię«. A więc stan opieki psychjatrycznej na Wileńszczyźnie przed wojną był w formie doskonałej.

Obecnie zaś warunki się wytworzyły wprost rozpaczliwe: setki psychicznie chorych, niebezpiecznych dla otoczenia i siebie, pozostaje bez wszelkiej opieki po wsiach i miasteczkach kresowych: chorzy niejednokrotnie palą wsie, a nawet całe miasteczka, popełniają liczne morderstwa i zbrodnie, w Wilnie zaś służą przedmiotem drwin ulicznej gawiedzi.

Gminy z braku miejsc w Szpitalach trzymają chorych po aresztach gminnych, ludność zaś, nie mogąc sobie poradzić z „fiksatami“ na wsi, trzyma ich nieraz po domach na uwięzi, lub używa wszelkich sposobów ich pozbycia się. Jeden ze sposobów praktykowanych od czasu do czasu nawet obecnie, polega na tem, że rodzina, względnie sąsiedzi przywożą psychicznie chorego w dnie targowe do Wilna na plac targowy i wypuszczają go na wolność, wieczorem zaś, po opuszczeniu przez ludność rynku, chory zostaje zatrzymany przez policję, która kieruje go sama do przepełnionych szpitali. W ten sposób i chory znajduje lokatę w szpitalu i za leczenie nie trzeba płacić, nim się ustali nazwisko i miejsce pochodzenia chorego.

Kończąc streszczony szkic sprawozdawczy obecnego stanu opieki nad psychicznie chorymi na Wileńszczyźnie, nie mogę przejść do porządku dziennego nad sprawą pewnego smutnego i paradoksalnego faktu — likwidacji oddziału psychjatrycznego szpitala Św. Jakóba na 100 łóżek etatowych w Wilnie. Nie jest wszak tajemnicą, że w ciągu pięciu lat ostatnich Magistrat miasta Wilna, realizując likwidację powyższego Oddziału, wyeliminował ze szpitala przeszło 200 chorych umysłowo, wysyłając ich do zakładów psychjatrycznych na Pomorzu (Świecie, Kocborowo, Kościan i t. d.), narażając przeto swój budżet na wydatki, sięgające sumy kilkuset tysięcy złotych rocznie, z ostatecznym deficytem, wynoszącym przeszło $^1/_2$ miljona złotych. Ta suma przydała by się mojem zdaniem zwłaszcza w dobie obecnego kryzysu gospodarczego, na zrealizowanie budowy miejskiego szpitala psychjatrycznego w Wilnie.

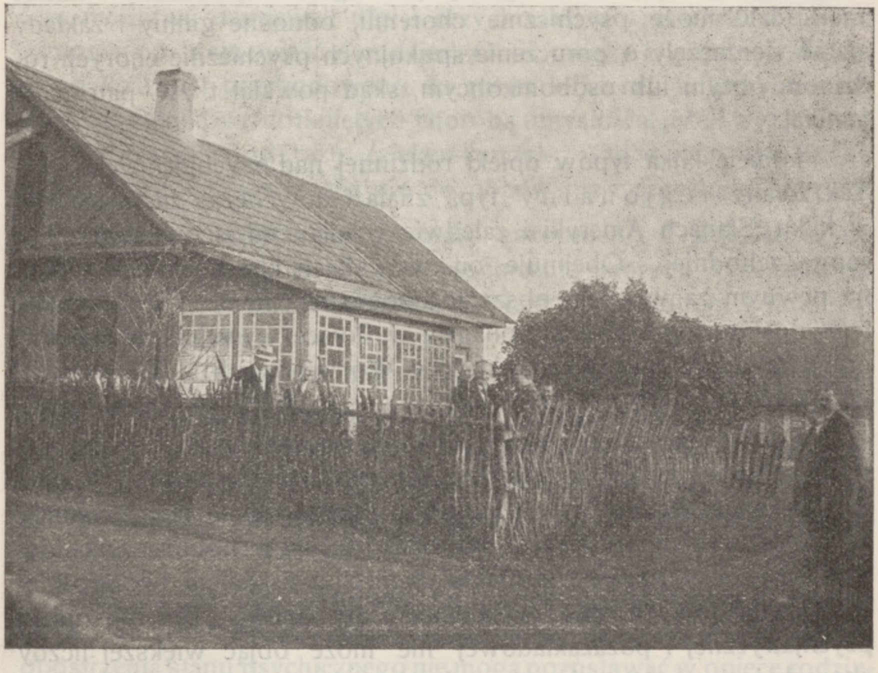
* * *

Żyjemy w czasach, kiedy musimy poddać rewizji dawniejszy pogląd, że psychicznie chorych należy i można leczyć li tylko w specjalnych zakładach zamkniętych, że psychicznie chorego pacjenta należy umieścić w szpitalu jaknajwcześniej i trzymać go tam aż wy-

zdrowieje. Taki pogląd, oczywiście, pociąga za sobą potrzebę budowy tylu szpitali w Polsce, aby każdemu psychicznie choremu zapewnić łóżko.

Nasze doświadczenie szpitalne utwierdza nas w przekonaniu, że zbyt długi pobyt psychicznie chorego w zakładzie, nawet wzorowo urządzonym, często zamiast pożytku może przynosić choremu szkodę.

W związku z powyższem należy zrewidować nasze poglądy



Osada „Warszawka" — aneks kolonji „Janieliszki".

na organizację wewnętrzną naszych szpitali, które muszą wziąć na siebie przewodnią rolę zakładów leczniczych, a część opiekuńczą pozostawić innym czynnikom.

Powstaje kwestja, jak mamy zorganizować pomoc lekarską i opiekę nad tymi psychicznie chorymi, którzy z tych czy innych względów nie są umieszczeni w zakładach specjalnych.

Zagadnienie to oddawna zaprzątało uwagę specjalistów i jedni z nich widzieli w tem nierozwiązanem i palącem zagadnieniu, sy-

tuację bez wyjścia, drudzy zaś — twórczy bodziec do nowych zdobyczy i postępu.

Właśnie tu leży sedno załatwienia aktualnej obecnie sprawy, która w naszych czasach zwróciła uwagę świata psychjatrycznego, a więc sprawy opieki pozazakładowej, czyli organizacji opieki nad psychicznie chorymi w rodzinach.

Wiadomem jest, że zagranicą oddawna istniała opieka nad psychicznie chorymi, przebywającymi poza murami zakładu.

Wychodząc z założenia, że częstokroć zakład psychjatryczny zamknięty, jak już zaznaczyłem, jest zgoła niepotrzebny i nawet zaszkodzić może psychicznie choremu, odnośne gminy i zakłady starać się zaczęły o poruczenie spokojnych psychicznie chorych rodzinom obcym lub osobom obcym, skąd powstał t. zw. patronage familial.

Istnieje kilka typów opieki rodzinnej nad psychicznie chorymi. Tak zwany regjonalny typ, znalazł dotychczas zastosowanie w kilku Stanach Ameryki i zaledwie w kilku miejscowościach Europy Zachodniej. Obejmuje on wszystkich bez wyjątku chorych na pewnym zamkniętym obszarze administracyjnym. Zrealizowanie tego doskonałego typu patronage'u w Polsce wymagałoby wykończenia budowy całej sieci Zakładów Wojewódzkich, a jako kosztowny, w obecnym kryzysie ekonomiczno-gospodarczym jest nieaktualny.

Dalej t zw. anneksyjny typ patronage'u znalazł u nas zastosowanie w niektórych zakładach Województw Zachodnich (naprz. w Dziekance, Kocborowie i innych). Polega on na tem, że chorzy są umieszczani w rodzinach, zamieszkujących w pobliżu zakładów z zachowaniem ścisłego kontaktu chorych z zakładem i kontroli lekarzy zakładowych nad wykonaniem tej opieki. Ten typ opieki psychjatrycznej i pozazakładowej nie może objąć większej liczby chorych i nie może wykazać wydatniejszej pomocy, gdyż jest ściśle związany z czynnościami zakładu zamkniętego.

Pozatem istnieje typ opieki pozazakładowej t. zw. koncentracyjny. Najdoskonalszem zrealizowaniem tej opieki nad psychicznie chorymi poza zakładem jest właśnie kolonja w Gheel (Flandrja) w Belgji.

Chcę właśnie w krótkiem streszczeniu przypomnieć kilka ciekawych szczegółów o tej kolonji, prawie wszystkim nam znanej, jej legendarnem powstaniu, rozwoju, oraz obecnej organizacji, gdyż służy ona najdoskonalszym wzorem do naśladownictwa w państwach kulturalnych.

O Gheel, jako o miejscu kuracyjnem dla psychicznie chorych istnieje następująca legenda:

W końcu VI wieku Dymphne, córka króla Islandji, przybyła do Gheel ze swoim kapłanem spowiednikiem Zerebern'em. Królewna uciekła od ojca, który domagał się od niej stosunków cielesnych. Król w pogoni za córką znalazł ją w Gheel i tu kazał żołnierzom uśmiercić kapłana-spowiednika, a córce własnoręcznie ściął głowę. Do grobu tej męczennicy zaczęli uczęszczać różni chorzy, między innymi dużo ludzi chorych na umyśle. Nieszczęśliwi ci nieraz podczas modlitwy doznawali ulgi i przychodzili do zdrowia, a potem roznosili po kraju wieść o cudzie. Obok mogiły Dymphne'y wzniesiono kościół i przybudowano do niego kilka cel, w których umieszczano pątników, dotkniętych chorobą umysłową, jeżeli wyzdrowienie nie nastąpiło od razu (zieken-kamer). Od owych czasów ludność Gheel przyzwyczaiła się do obcowania z umysłowo-chorymi.

Dawniej chorych pielęgnowały zakonnice. Trwało to aż do roku 1852-go, kiedy dozór nad psychicznie chorymi przeszedł do kompetencji lekarzy. Dekretem królewskim, dyrektorem kolonji był naznaczony lekarz.

W roku 1882-gim (50 lat temu), zbudowano zakład dla 60 osób, później powiększono go na 100 łóżek. Chorzy są rozmieszczeni w czterech pawilonach: 2 pawilony (każdy na 25 osób, jeden dla mężczyzn, drugi dla kobiet) stanowią oddziały dla obserwacji: tu przyjmuje się nowych pacjentów, których po segregacji przenosi się na inne pawilony.

W tak zwanym pawilonie centralnym, mieszczącym 2 oddziały (jeden męski, drugi żeński), znajdują się pacjenci, którzy wobec obostrzenia stanu psychicznego nie mogą pozostawać w opiece rodzinnej i potrzebują pomocy lecznicy psychjatrycznej. Również z powodu choroby cielesnej przenosi się chorych do tych oddziałów (hospitalisation). Prócz wymienionych budynków szpital (infirmerie) posiada pawilony administracyjne, domy mieszkalne dla lekarzy (6 lekarzy i 1 dyrektor) i urzędników, oraz szkołę dla anormalnych dzieci (w roku 1923-im było 100 dzieci oraz 3 nauczycieli).

Przy szpitalu znajduje się prosektorjum z laboratorjum patologo-anatomicznem. Dyrektorem kolonji jest Prof. Dr. Sano, były prof. psychjatrji w Anvers.

Ogólna liczba mieszkańców Gheel wynosi przeszło 18.000, ilość zaś chorych powierzonych opiece rodzinnej, dochodzi prawie

do 3000. Kolonja podzielona jest na sekcje; na czele każdej sekcji stoi lekarz, który do dyspozycji swojej ma 2-ch dyplomowanych pielęgniarzy, dla kobiet pensjonarek przeznaczona jest specjalna pielęgniarka i dla dzieci anormalnych także jedna pielęgniarka.

Każda sekcja posiada swoją łaźnię, gdzie pacjenci kąpią się raz w tygodniu.

Po przeprowadzonej obserwacji oddaje się chorego w opiekę rodzinną. Każda rodzina może mieć nie więcej niż 2-ch chorych (jednakowej płci). Pokój przeznaczony dla chorego winien mieć minimalne umeblowanie, składające się z łóżka, 3-ch kołder, krzesełka, stolika i naczynia nocnego. Każdy chory posiada książeczkę w której notuje się ilość bielizny będącej w jego posiadaniu.

Personel kolonji oraz kapelan notują swoje wizyty kontrolne w osobnym zeszycie.

Pozatem kontrolują: dyrektor, lekarze, komitet stały, złożony z lekarzy kolonji, burmistrza m. Gheel, jednego urzędnika miejskiego i 3-ch członków naznaczonych przez Ministerstwo Sprawiedliwości — wreszcie Komisja Wyższa (Commission Supérieure), składająca się z gubernatora prowincji, prokuratora, kantonalnego Sędziego pokoju, burmistrza i księdza dziekana z Gheel.

Komitet stały wyznacza nagrody i specjalne remuneracje tym gospodarzom, którzy odznaczają się nadzwyczajną troskliwością i serdecznością względem chorych.

Przy rozmieszczaniu chorych uwzględnia się ich pochodzenie oraz warunki życiowe, do których dawniej byli przyzwyczajeni, to znaczy — mieszczanin mieszka u obywatela w centrum miasta, chłop ze wsi idzie do rolnika, rzemieślnik do majstra rzemieślniczego i t. p.

Wszyscy pacjenci mają wolne wyjście (system nonrestraint). Napojów wyskokowych nie wolno im podawać.

Pacjenci muszą być w domu zimą o godzinie 4-tej po południu, w lecie o godzinie 8-ej wieczorem.

Ilość zwolnionych z kolonji w stanie wyleczenia wynosi 25%.

Ministerstwo sprawiedliwości wydaje na utrzymanie każdego chorego 10 fr. 50 cm. (2 zł. 80 gr.) dziennie: z tych fuduszów dyrekcja płaci gospodarzowi (żywicielowi) za pracującego chorego 7 fr. 30 cm., za niepracującego 7 fr. 60 cm. i za niechlujnego i epileptyka 8 fr. 60 cm.

Różnicę, która wynosi 2 do 3 fr. od osoby zakład bierze za dostarczone ubranie, obuwie i bieliznę.

Prócz niezamożnych pacjentów (liczba ich wynosi przeszło 2000) przebywa w Gheel znaczna ilość (przeszło 700) pacjentów zamożnych. Za nich płacą krewni lub instytucje ubezpieczeniowe. (5000 do 14000 fr. rocznie plus 15% za opiekę zakładowo - lekarską. Między tymi jest dużo cudzoziemców (niemcy, anglicy, holendrzy i t. p.).

Bogaci chorzy zajmują nieraz całą piętrową willę z luksusowem umeblowaniem i prywatną obsługą.



Osada „Barankowo" — aneks kolonji „Janieliszki".

Duszpasterstwo wykonują: kapłan katolicki, pastor protestancki oraz rabin.

Lekarz musi wizytować swoich chorych przynajmniej raz na miesiąc, pielęgniarze odwiedzają chorych raz w tygodniu.

Śmiertelność nie przewyższa 4%.

W lecznictwie stosuje się najnowsze metody i środki. Na pierwszem miejscu stoi psychoterapja, którą — jak widzimy ze sprawozdań — sprawiają nietylko lekarze, lecz także mieszkańcy miasta Gheel.

* *
*

Doświadczenie poucza, że utworzenie kolonji nie jest rzeczą łatwą, forsowanie tej sprawy na gruncie nieodpowiednim zawodzi, najistotniejszemi zaś warunkami jej powodzenia jest zainteresowanie ludności sprawą kolonji, oswojenie się tej ludności z psychicznie chorymi, wysoka wartość etyczna i kulturalna żywicieli. Cała atmosfera kolonji winna być przepojona fluidem, idącym od serca mieszkańców do serca pacjentów. Winien on tworzyć nierozerwalny związek między chorym a zdrowym. Wzajemne zaufanie i życzliwość winne cechować stosunki między pacjentami a żywicielami i mieszkańcami kolonji.

Wychodząc z założenia, że kolonja dla psychicznie chorych jako organizacja opiek w rodzinach jest wzorem nietylko dla nas, ale wogóle dla całego świata psychjatrycznego, że winna ona w pewnej mierze złagodzić brak miejsca dla pomieszczenia psychicznie chorych w szpitalach, zwłaszcza t. zw. chorych spokojnych z postaciami psychoz przewlekłych, że jak wykazuje praktyka dotychczasowa opieka ta daje zupełnie pomyślne wyniki w leczeniu, że — ze względu na niedrogie stosunkowo koszty utrzymania jest ona dostępną dla samorządów i szerszych warstw ludności, podkreślam tu jej wielkie znaczenie.

Zapoczątkowano utworzenie i zorganizowanie takiej kolonji w majątku „Janieliszki“, (pow. Wileńsko - Trockiego woj. Wileńskiego) w maju b. r. dzięki poparciu Magistratu m. Wilna.

Teren kolonji położony jest w odległości 30 kilometrów od Wilna, w obrębie gminy Rudziskiej. Granicę wschodnią tego terenu stanowi szosa, łącząca Wilno z Grodnem, granicą zaś zachodnią jest tor kolejowy Wilno-Białystok-Warszawa. Od północy teren graniczy z gminą Trocką, od południa z gminą Olkienicką, w której znajdują się znane nam stare kolonje dla psychicznie chorych „Deksznia“ i „Lejpuny“.

Do kolonji „Janieliszki“ dojeżdża się z Wilna w ciągu 1/2 godziny, korzystając ze stałej komunikacji autobusowej do st. Połuknia lub koleją do st. Rudziszki.

Tuż przy st. Połuknia wznosi się kościół parafjalny, a obok niego mamy urząd pocztowo-telegraficzny, telefon międzymiastowy wreszcie komendę posterunku policyjnego.

Cała okolica jest malownicza, obfitująca w lasy szpilkowe i bory liściaste (pozostałości puszcz litewskich), przecięta rzeczkami Łuknią i Cyrnią.

W ciągu ostatnich lat w miejscowości tej rozparcelowany został duży majątek ziemski „Połuknia“ obszaru 2.500 hektarów Pani Rożańskiej, która kilkuhektarowe działki parceli przy szosie odsprzedała na kolonje i wille dla inteligencji pracującej z Wilna. Prócz tego, — stare zaniedbane dworki i skromne zaścianki, gęsto tu rozsiane, nadają krajobrazowi właściwy mu charakter pociągają-



Folwark ,,Stare Bukły'' — aneks kolonji ,,Janieliszki''.

cy i sympatyczny, bo tak bardzo swojski. Poszczególne osiedla połączone są ze sobą drogami wiejskiemi oraz pozostałościami t. zw. szos niemieckich z czasów wielkiej wojny światowej. Większość właścicieli tych siedzib gospodarczych to — drobna szlachta polska pośród której mieliśmy zaszczyt poznać kilka rodzin — potomków powstańców z lat 1830 i 1863-go.

Jądrem komórkowem kolonji obrałem majątek ziemski „Janieliszki p. A. Skrzyńskiego, odległy od st. „Połuknia“ o 3½ kilometry. W jednem z zabudowań dworskich 5-cioizbowem zorganizowałem t. zw. stację rozdzielczą na 7 umysłowo-chorych mężczyzn, w sąsiednim zaś zaścianku „Łukańce“ — odległym od dworu Janieliszki o ½ kilometra takąż stację dla 5 umysłowo-chorych kobiet.

Nadzór czasowy pielęgniarski na stacjach rozdzielczych powierzyłem mieszkańcom kolonji: w pierwszej męskiej byłemu sanitarjuszowi szpitala psychjatrycznego w Nowej Wilejce, w drugiej żeńskiej, właścicielce zaścianka, byłej przed kilku laty pacjentce szpitala św. Jakóba w Wilnie.

Uważałem, że rola stacyj rozdzielczych jest wielka z następujących względów.

Jedną z najważniejszych zasad w regulaminie kolonji jest sprawa kwalifikowania chorych i właściwego rozmieszczenia ich w kolonji. Kolonja nie powinna nadawać się do przypadków wymagających leczenia i stałej pielęgnacji zakładowej. Przypadki ostre bowiem mogą doprowadzić do katastrofalnych wyników, a pobyt ostrych chorych w kolonji może zaszkodzić nie tylko chorym, ale także samej dobrej idei. Z tego też założenia musiałem przeprowadzać jaknajdalej idąca selekcję rodzajów grupowych zaburzeń psychicznych zaś 3-ch chorych zarządziłem odstawić z kolonji do Szpitala Psychjatrycznego.

Do kolonji, mojem zdaniem, mogą się nadawać pacjenci, dotknięci następującemi postaciami rozstroju psychicznego:

a) łagodne postacie rozszczepienia psychicznego ze słabą skłonnością towarzyską i małą żywotnością socjalną.
b) przypadki wrodzonych i nabytych przez choroby infekcyjne, braków intelektualnych (oczywiście przypadki spokojne), następnie:
c) przypadki zaburzeń psychicznych alkoholowych, dalej:
d) „remisje“ psychoz grupy szałowo-posępniczej.
e) cierpienia psychiczne kiłopochodne w stanie zwolnień, wreszcie:
f) zaburzenia psychiczne miażdżycowe i przedstarcze — słowem pacjentami kolonji winni być chorzy, stanowiący zwykle ciężki balast szpitali psychjatrycznych.

W promieniu od 1 do 6 kilometrów od majątku „Janieliszki" zwiedziłem kilka folwarków, zaścianków i osad wiejskich, które zakwalifikowałem na aneksy kolonji. Są to:

1) zaśc. Szandaryszki
2) zaśc. Biedugnia
3) zaśc. Zwierzyniec-Jełowiec
4) folw. Stare-Bukły
5) wieś Jałowiec (jedna zagroda)
6) osada „Warszawka"
7) osada „Barankowo"
8) kolonja „Lipniaki" i
9) osada Jurgielany.

Przy wyborze aneksów kolonji kierowałem się nie tylko zasadą znalezienia lokali, odpowiadających wymogom higjeny i sanitarji, lecz przedewszystkiem najważniejszą zasadą — ustaleniem kwalifikacyj etycznych i kulturalnych przyszłych żywicieli.

Mając na względzie jako najważniejszy warunek — wysoką etykę przyszłych żywicieli; którzy mogliby kierować się pogonią za zyskiem i wytworzyć z kolonji zbiorowisko małych, tandetnie zorganizowanych „zakładzików" psychjatrycznych nie zaś, jak być powinno — zbiorowisko osad żywicieli, uważałem za wskazane nie rozmieszczać w poszczególnych aneksach więcej ponad 3 osoby, psychicznie chore, nawet w wypadkach większej pojemności mieszkaniowej. Pozatem, jako warunek stawiany poszczególnym żywicielom, było przychylne przyjęcie zobowiązania, iżby opieka nad tymi chorymi mogła być wykonana wyłącznie tylko własnemi siłami rodziny żywicielskiej i bez pomocy najemników.

Następnym warunkiem zakwalifikowania aneksów kolonji była konieczność przestrzegania zasady rozmieszczania chorych według planu takiego, aby pochodzący z pewnego środowiska społecznego byli pod opieką odpowiadających im kulturalnie żywicieli, to znaczy przy rozmieszczaniu chorych uwzględnia się ich pochodzenie, oraz warunki życiowe, do których dawniej byli przyzwyczajeni.

Przy rozmieszczaniu chorych w aneksach kolonji przestrzegałem też ściśle zasadę wyodrębnienia płci, zależnie od warunków lokalowych i składu rodziny.

Dalej, biorąc pod uwagę najważniejszą okoliczność, iż zadaniem kolonji jest zbliżenie odpowiednio dobranych chorych z życiem społecznem, przełamaniem ich autyzmu i ożywieniem zainteresowania praktycznemi zagadnieniami życia — wprowadziłem terapję

zajęciową, narazie w niektórych aneksach kolonji, oraz rozrywki kulturalne. Podczas lata chorzy pracowali w polu i ogrodach, sadzili i pielęgnowali kwiaty, mocniejsi poprawiali drogi. kopiąc rowy, niektórzy — ujawniali zdolności i chęci do malarstwa pokojowego (bielenie ścian sufitów, ustępów, malowanie podłogi, okien i t. p.)

W związku ze zbliżającą się zimą i nastaniem długich wieczorów w dwóch aneksach kolonji zapoczątkowane zostały warsztaty koszykarskie i tkackie przez niektórych żywicieli, jako instruktorów.

W chwili obecnej korzysta z dobrodziejstw kolonji 42 chorych płci obojga:

kobiet 18, mężczyzn 24,

wszyscy wyznań chrześcijańskich są rozmieszczeni w sposób następujący:

1) zaśc. Bandaryszki ma 3 mężczyzn
2) „ Biedugnia ma 3 kobiety
3) „ Zwierzyniec (Jałowiec) ma 3 mężczyzn
4) wieś Jałowiec ma 3 mężczyzn
5) osada Warszawka ma 3 mężczyzn
6) osada Barankowo ma 3 mężczyzn
7) kolonja Lipniaki ma 3 kobiety
8) osada Jurgielany ma 2 mężczyzn
9) dwór Połuknia u pp. Korkozowiczów 1 kobieta
10) dwór Janieliszki 1 kobieta
11) folw. Stare Bukły 4 kobiety
12) str. rozd. w zaść. Łukańce 6 kobiet wreszcie
13) str. rozd. w maj. Janieliszki 7 mężczyzn

mężczyzn . . . . . . 24, kobiet 18,

z czego skierowanych przez Wydział Opieki Społecznej Magistratu m. Wilna

mężczyzn 21 i kobiet 16 (razem 37)

przez magistrat m. Trok mężczyzn 2 i 1 kobieta zaś 1 kobieta i 1 mężczyzna przez swe rodziny z pow. Oszmiańskiego.

Opłata za żywienie i opiekę chorych, łącznie z kosztami inwentarza pościelowego i odzieżowego, wyznaczona została przez Magistrat m. Wilna po 60 złotych miesięcznie od osoby, to zn. po 2 zł. dziennie. Za chorych z m. Trok i zamożniejszych, prywatnych zarząd kolonji pobiera nieco więcej (70-80 zł. miesięcznie). przyczem w każdym poszczególnym wypadku bierze się pod uwagę t. zw. indywidualizacja stanu psychofizycznego pacjentów:

a więc — za chorego pracującego pobiera się mniej, za chorych zaś niechlujnych i autystycznych-więcej.

Zarząd kolonji spoczywa na razie w jednem ręku — właściciela kolonji Pana A. Skrzyńskiego, który prowadzi księgę ewidencyjną chorych i statystykę ruchu chorych, oraz przeprowadza kontrolę poszczególnych aneksów kolonji. Z każdym z poszczególnych żywicieli Zarząd Kolonji sporządza protokół treści następującej:



Dwór „Janieliszki" p. A. Skrzyńskiego gm. Rudziska, pow. Wileńsko-Trocki.

Protokół[1])

Dnia . . . . . . stawił się do Zarządu Kolonji dla psychicznie chorych „Janieliszki" Pan A. B. i prosi o 3 pacjentów w opiekę rodzinną. Panu A. B. wyjaśniono warunki opieki rodzinnej i zwrócono uwagę na to, że chorymi opiekować się musi i traktować ich jak członków rodziny, dostarczyć im pokój wygodny, słoneczny i suchy, który w chłodnej porze roku musi być ogrzany. Każdy chory musi otrzymać osobne łóżko z pościelą, natomiast osobistą

[1]) Wzorowany na protokule opieki rodzinnej w Dziekance (przyp. Red.).

bieliznę i odzież dostarczy Dyrekcja Kolonji „Janieliszki“. Każdy chory musi być raz w tygodniu kąpany. Pan A. B. może chorych zająć lekką pracą domową lub w polu, do pracy ciężkiej zmuszać nie wolno. Za wszelką szkodę materjalną lub cielesną, wyrządzoną przez chorych na osobie własnej, Pana A. B. lub osób trzecich w czasie trwania opieki odpowiada Pan A. B. jakoteż za wszelkie szkody i koszta powstałe przez samowolne oddalenie się chorych z opieki rodzinnej. Za żywienie każdego chorego otrzymywać będzie Pan A. B. kosztów pobieranych za każdego chorego przez Dyrekcję kolonji „Janieliszki“, t. j. obecnie dziennie za jednego chorego Pan A. B. zobowiązuje się dostarczyć na każdorazowe żądanie Dyrekcji Kolonji „Janieliszki“, nie częściej niż dwa razy na miesiąc, najlepszą swą powózkę po lekarza lub wydelegowanego przez Dyrekcję kolonji „Janieliszki“ urzędnika (nadpielęgniarza-kę), celem zbadania stanu zdrowia i warunków umieszczenia chorego. Stosunek może być każdej chwili przez Dyrekcję Kolonji „Janieliszki“ rozwiązany (podpis żywiciela, data, miejsce sporządzenia protokółu).

Kontrolę sanitarno-lekarską i psychjatryczną przeprowadzam raz na miesiąc z polecenia Sekcji Zdrowia i Wydziału Opieki Społecznej Magistratu m. Wilna. W ostatnich czasach przeprowadzono lustrację aneksów kolonji przez przedstawicieli Państwowej służby zdrowia (Dyrekcję Szpitala Psychjatrycznego w Wilnie), Naczelnika Wojewódz. Urzędu Zdrowia, Szefa Sekcji Zdrowia i Opieki Społecznej Magistratu oraz lekarza powiatowego.

Z inwestycyj, zapoczątkowanych przez obecny Zarząd Kolonji należy wymienić budowę łaźni z wannami i natryskami w m. Janieliszki oraz dom rozrywkowy dla chorych z większą salą. Chorzy dotąd korzystali jedynie z aparatu radjowego, zainstalowanego we dworze i lektury dzienników i pism codziennych.

Z pociech religijnych należy wymienić chętne uczęszczanie chorych w niedziele i święta do kościoła w Połukni.

* * *

Z dotychczasowej pracy organizacyjnej kolonji „Janieliszki“, oraz jej aneksów, odniosłem wrażenie, że chorzy czują się tam naogół dobrze i swobodnie, jadają razem z rodziną gospodarzy i spędzają czas w otoczeniu rodziny chlebodawcy. Odżywianie i warunki higjeniczne zdają się być dostateczne.

Wszystkie rodziny żywicieli robią wrażenie bardzo pogodnych i poczciwych, a więc sądzę, że mogą one opiekować się powierzonymi ich pieczy chorymi rozumnie i sumiennie.

Ludność miejscowa nie boi się chorych, odnosi się do nich życzliwie i wyrozumiale. Skarg chorzy mnie dotąd nie zgłaszali. Muszę już stwierdzić, iż pobyt chorych w kolonji przyśpiesza remisję, zwłaszcza w postaciach psychoz grupy rozszczepieniowej oraz psychoz grupy szałowo-posępniczej.

Mam wrażenie, iż dotychczasowy rozwój kolonji „Janieliszki" daje nadzieję, że zdoła się ona utrzymać, a dzięki poparciu czynników samorządowych, państwowych, a co najwięcej instytucyj społecznych będzie zdolna do dalszego rozwoju.

Aby należycie ocenić powagę przyszłej roli Kolonji, należy, mojem zdaniem, ustalić p r a w n e j e j p o d s t a w y i r e g u l a m i n.

Do ustalenia prawnych podstaw i regulaminu Kolonji, która mogłaby być oparta na przepisach, dotyczących spółdzielni lub uzdrowisk, wraz z przyjęciem statutu i regulaminu wewnętrznego, obowiązującego dla jej członków, należy powołać k o m i s j ę s t a ł ą, złożoną z przedstawicieli żywicieli poszczególnych aneksów, obecnego Zarządu Kolonji, Lekarza Kolonji i Dyrektora Państwowego Zakładu Psychjatrycznego w Wilnie, jako przedstawiciela Państwowej Służby Zdrowia.

Przyjmując za pewnik, że „tylko z zamków na lodzie, powstają na ziemi pałace" (według Mülforda), należy jeszcze w najbliższych miesiącach, nie zważając nawet na trudności stosunków gospodarczych i finansowych, przyśpieszyć zrealizowanie rozbudowy Kolonji w kierunku pozyskania nowych aneksów, przestrzegając przytem zasad już wprowadzonych w życie organizacyjne kolonji „Janieliszki". W przyszłości zaś należy zrealizować utworzenie warsztatów rzemieślniczych i domu rozrywkowego z większą salą dla chorych kolonij.

Aby dotrzeć do samego rdzenia zagadnienia i spojrzeć głębiej i wnikliwiej w sedno tak ważnej sprawy, należy pamiętać, iż jednym z ideałów tego, nazwałbym, r o z p r o s z o n e g o t y p u opieki psychjatrycznej pozazakładowej, n i e z a l e ż n e j od Z a k ł a d ó w p s y c h j a t r y c z n y c h, jest dążenie do wzbogacenia naszej terapji psychjatrycznej metodami pedagogiki socjalnej, niedostępnemi dla Zakładów zamkniętych, drugim zaś, powiedziałbym, ideałem w życiu organizacyjnem kolonji tego typu na przyszłych etapach jej ro-

zwoju jest dążenie do umieszczenia po jednym tylko chorym w poszczególnej rodzinie żywiciela, z zachowaniem wyżej podanych wymogów kwalifikacyjnych, żywicieli oraz pacjentów, a co najważniejsze dążenie do tego, aby koszty tej opieki w rodzinach były jaknajniższe.

La colonie des aliénés à Janieliszki près de Wilno comme nouveau type de patronage familial en Pologne.

Par le Dr. med. Juljan Podwiński (Wilno).

L'auteur, médecin aliéniste à Wilno, décrit l'origine et le développement de la colonie des aliénés à Janieliszki organisée d'après le principe de Gheel par l'auteur même qui à présent est médecin consultative de la colonie. Les malades sont placés par 3 de même sexe dans des petits domaines ruraux, des enclos et des fermes dans le voisinage de Wilno.

Les frais d'entretien (surveillance, traitement médical, logis) n'élèvent que 60 à 80 złotys par mois pour chaque malade. A l'instant plus de 40 malades - hommes et femmes profitent des bienfaits de la colonie.

La colonie à Janieliszki est un supplément favorable du patronage des aliénés.

Z poradni wychowawczej dla szkół powszechnych VII Rejonu Warszawa - Praga.

Kazuistyka psychologiczno-lekarska*).

I.

Przypadek ejdetyzmu poalkoholowego

Podał Dr. KAROL MIKULSKI.

Na wstępie kilka słów informacyjnych. Sprawy związane z poradnictwem wychowawczem z roku na rok zyskują u nas coraz to głębsze zrozumienie wśród szerokiego grona nauczycieli, wy-

*) Ze względu na kazuistyczny charakter tego doniesienia czuję się zwolniony od podawania piśmiennictwa przedmiotu i ograniczam się jedynie do zwięzłego przedstawienia przypadku i krótkich rozważań teoretycznych.

chowawców oraz opiekunów młodzieży. Dalecy jednak jesteśmy jeszcze od tego poziomu rozwojowego, jaki osiągnęło poradnictwo wychowawcze zagranicą, a zwłaszcza w Austrji, Niemczech i Ameryce. Zagranicą idea poradnictwa wychowawczego posiada conajmniej takie same znaczenie jak poradnictwa zawodowego, a sieć poradni wychowawczych obejmuje coraz to nowe miasta i okręgi. Nie od rzeczy będzie tu podkreślić, że do tego rozwoju poradnictwa wychowawczego przyczynił się również kierunek psychologji indywidualnej dr. A. Adlera. Dość powiedzieć, że towarzystwo psychologji indywidualnej utrzymuje i prowadzi w samym Wiedniu dwadzieścia kilka poradni wychowawczych i że poradnie takie istnieją w szeregu państw, w których wymienione Towarzystwo posiada swe oddziały. Pozatem cały szereg towarzystw i instytucyj prowadzi tego rodzaju poradnie, mające na celu nietylko udzielanie wskazówek wychowawczych, ale też i zabiegi psychoterapeutyczne W Warszawie istnieje kilka poradni wychowawczych, a poradnię wymienioną w nagłówku tej pracy prowadzę rok drugi. Jest ona przeznaczona dla kilkunastu szkół powszechnych VII Rejonu i czynna bywa raz tygodniowo od g. 16-18. Oczywiście, z jednej strony skromny wymiar godzin jakim rozporządzamy, z drugiej strony pewne niezrozumienie celów instytucji u bardziej konserwatywnego odłamu grona wychowawczego szkół, wreszcie z trzeciej strony niemożliwość osiągnięcia nadzwyczajnych wyników — jest przyczyną, że zaledwie niewielki procent kwalifikujących się uczniów trafia do Przychodni, tak, że materjał nasz coprawda jest niezbyt bogaty, ale też jakościowo niezwykle ciekawy, jak to mogę stwierdzić w porównaniu z poradniami dla szkół średnich, w których pracuję. To też korzystając z gościnności Nowin Psychjatrycznych pragnę opisać jeden z takich niewątpliwie ciekawych przypadków, a pozatem chciałbym zainteresować kolegów-psychjatrów sprawą poradnictwa wychowawczego, nam psychjatrom szczególnie bliską.

Przystępuję obecnie do omówienia przypadku.

Staś Ch. lat 12, uczeń III oddziału szkoły powszechnej, skierowany został do Przychodni przez swą wychowawczynię. W arkuszu indywidualnym ucznia, jako powód skierowania do Przychodni, czytamy co następuje: „Dziwaczne zachowanie się na lekcjach i w domu; rodzice prosili o skierowanie chłopca do Przychodni, ponieważ w domu miewa jakieś wizje, mówi od rzeczy, siedzi godzinami bez ruchu wpatrzony w drzwi, śmieje się do siebie“.

Arkusz indywidualny ucznia, wypełniony dla Poradni przez wychowawczynię, zawiera następujące informacje: Ojciec chłopca jest robotnikiem miejskim, z usposobienia jakoby spokojny, opanowany, zrównoważony, aczkolwiek z pierwszą swą żoną, a matką Stasia, miewał liczne nieporozumienia, jakoby z jej winy. Matka chłopca zmarła 3 lata temu, była kłótliwą, złośliwą kobietą do tego alkoholiczką, biła dzieci, pastwiła się nad niemi. Z pierwszego małżeństwa, poza Stasiem, jest jeszcze 2 chłopców: 6-cio i 9-cio letnich. Ojciec Stasia ożenił się poraz drugi 3 lata temu, macocha chłopca jest kobietą spokojną i przyzwoitą. Dzieci z drugiego małżeństwa niema. Warunki mieszkaniowe chłopca więcej niż skromne, usposobienie domowników naogół dodatnie.

W szkole Nr. X Staś jest od I oddziału; w pierwszym i drugim oddziale siedział po dwa lata, trzeci oddział powtarza już trzeci rok, to też postępy szkolne chłopca są obecnie zadawalniające, ale skromne. W dodatkowej charakterystyce ucznia wychowawczyni podkreśla, że chłopiec od maleństwa był karmiony przez matkę wódką, jak wodą, bity tak przez rodzoną matkę, że do dzisiejszego dnia ma blizny na głowie. Matka chłopca sprzęty domowe, deski i t. d. poprostu rozbijała na głowie dziecka. Staś w szkole czyni marne postępy jest b. dobroduszny, straszny tchórz, małe 7 letnie dzieci biją go, a on nietylko, że nie oddaje; ale kuli się w kącie, głowę skrywa i pozwala się maltretować. Zainteresowanie nauką małe, ale chętnie dostarcza pomocy naukowych, związanych z danym ośrodkiem zainteresowania.

Według opinji wychowawczyni Staś jest chłopcem towarzyskim, o średniem opanowaniu, mało inteligentny, leniwy, b. tchórzliwy, dobroduszny, ma zamiłowanie do porządku i rysunków chciałby w przyszłości zostać nauczycielem.

Lekarz szkolny podkreśla zapalenie płuc, odrę i ospę wietrzną w anamnezie u chłopca, słaby jego rozwój fizyczny, średnie odżywienie i w końcu opinjuje: wódka podawana dziecku stale przez matkę do dziewiątego roku życia wpłynęła ujemnie na system nerwowy i rozwój umysłowy dziecka.

W ten sposób przedstawiały się materjały, jakie zostały zebrane przed skierowaniem chłopca do Przychodni. Materjały te zostają stale uzupełniane przy kolejnych badaniach chłopca i rozmowach z jego macochą i wychowawczynią. I tak przy pierwszej wizycie dowiadujemy się, że matka Stasia zmarła na gruźlicę płuc, że istotnie poiła chłopca wódką, bedąc sama alkoholiczką. W dziecięc-

twie Staś miał konwulsje, jak często, ustalić tego nie można, może raz, może dwa razy na tydzień; w każdym razie napady drgawkowe objawiały tendencje do wygasania w miarę jak chłopiec otrzymywał mniejsze dawki alkoholu. Obecnie od kilku lat ataków drgawkowych nie miewa. Ostatni atak drgawkowy wystąpił jakoby w 8 roku życia, gdy matka dała mu szklankę wina. W tym okresie życia jakoby nie był już alkoholizowany przez matkę, co nie zupełnie zgadza się z datami ustalonemi przez lekarza szkolnego.

Chłopiec jest przywiązany do ojca i macochy, którą nazywa ciocią, czasem powtarza, że dobrze, iż matka mu umarła, bo była niedobra. Rodzeństwa nie zaczepia, bity przez młodszych braci nie broni się, ale się usuwa w kąt i płacze. Miewa częste bóle głowy, dziwny wyraz oczu, gdy siedzi wpatrzony w drzwi; jest inny niż wszystkie dzieci w tym wieku. Sypia mało, apetyt dobry.

Badanie fizykalne chłopca, poza nieznacznem wodogłowiem, żadnych zmian chorobowych nie stwierdza, układ nerwowy bez zmiany, jedynie odruchy kolanowe nieco osłabione.

Na pytanie dotyczące omamów czy też iluzyj Staś podaje, że w domu na tle drzwi (drzwi są białe) widuje czasem jakieś obrazy lub też kogoś ze znajomych n. p. brata lub ciocię. Osoby te pokazują mu się same, lub gdy o nich pomyśli. Przed zaśnięciem nigdy widzeń nie miewa, występują one wieczorami, zdaje sobie sprawę, że mu się tylko wydaje, że obraz widziany nie jest rzeczywistością. Osoby widywane na tle drzwi nigdy do niego nie mówiły zwidywań drobnych zwierząt nigdy nie miał, omamów słuchowych również, jest mało muzykalny, nie potrafi powtórzyć prostej nawet melodji. Obrazy widywane są koloru szarego, podobne do obrazków w kinie.

Kontakt z chłopcem, poza pierwszem onieśmieleniem, dość dobry, na pytania odpowiada chętnie, zbornie. Nie potrzebuję tu dodawać, że do istotnego badania przystąpiliśmy dopiero po nawiązaniu ścisłego kontaktu z chłopcem. Eksperyment polegający na tem, że kazano chłopcu w Poradni wpatrywać się w drzwi nie dał wyniku dodatniego. Natomiast stwierdza się u chłopca dodatni objaw L i p p m a n n a (widzi dęby, domy, ludzi). Po ekspozycji czerwonego kwadratu na szarym ekranie mówi, że widzi kwadrat zielony po ekspozycji zielonego widzi różowy, określa jego miejsce i wielkość. Po ekspozycji czarnych sylwetek na białem tle nie widzi nic po ekspozycji barwnych pocztówek po kilku

sekundach podaje, że widzi jakieś domy i ludzi, potem ogród, drzewa, furmankę i konia. Obraz jest bezbarwny, przedmioty i osoby nieruchome. Po chwili obraz znów się zmienia: widzi domy, ludzi samochód, który jedzie. Obrazy, które chłopiec widzi, nie mają najmniejszego związku z eksponowanemi pocztówkami. Staś bacznie przygląda się ekranowi, na którym coraz to nowe, jakby w kalejdoskopie, ukazują się obrazy. Chłopiec podaje, że tego rodzaju obrazki widuje w domu na tle drzwi, czasem są one śmieszne, więc się śmieje do siebie. Obrazki takie widuje od kilku lat, może już od 4-5 lat. Na drzwiach, poza obrazkami, widuje różne osoby, znajome lub nieznajome, czasem te osoby rozmawiają ze sobą, ale ich słów nie słyszy, czasem ruszają się jak w kinie, ale to nie jest powtórzeniem tego co widział w kinie. Obrazki te początkowo nie zaciekawiały go, potem się niemi zajął i patrzył nieraz kilka godzin. Jak się znudził, to przerywał patrzenie na drzwi i obrazki ginęły. To było tak jak fantazja, widział te osoby jak nas widzi, tylko mniejsze i płaskie, jak w kinie. Obrazki takie widywał będąc sam albo w towarzystwie innych osób, codzień lub co drugi dzień, czasem nawet podczas zabawy, ale tylko w domu i tylko na tle drzwi, obrazek nigdy nie przekraczał ram drzwi i nie był odpowiednio dobrany do treści zabawy. Był taki, albo inny—jak czasem. Widywał rzeczy wesołe albo smutne, „brzydkich" rzeczy nigdy nie widział, czasem pokazywały mu się obrazki z książek i osoby z rysunków z Płomyka. Widywał obrazki takie, jakie mu się podobały i takie, które go nie interesowały. Czasem obrazki były takie, jak w książce, czasem tylko osoby te same, a robiły coś innego. Przypomina sobie np., że widział kiedyś, jak jakaś matka posłała dziewczynkę po mleko — tak było w książce — potem dziewczynka przewróciła się, rozbiła dzbanek i płakała — tego w książce nie było, natomiast powiastka w książce kończyła się tem, że matka zagroziła dziewczynce, że jej więcej po mleko pójść nie pozwoli.

Przy badaniu Staś narzeka na ból głowy, obiecuje, że będzie leżał po obiedzie, a lekcje będzie odrabiał od godz. 4-5 p.p. Zapisano luminal à 0,04 dwa razy dziennie.

Chłopca miałem ogółem w obserwacji przez trzy miesiące. Do przychodni przychodził często i chętnie. Chętnie też prowadził swój dzienniczek na arkuszu papieru, na którym rysował różne wzory kolorowe, albo też jakieś przedmioty, a na dole początkowo dopisywał: „panie doktorze mnie boli głowa". Później skargi na ból głowy niemal całkowicie ustały. Dzienniczek swój nazwał „kartą opisu

dni moich". W karcie tej początkowo spotykaliśmy często tego rodzaju notatki: „w czwartek źle mi się powiodło, bo żem dostał baty. W piątek też mi się nie powiodło, bo też dostałem baty, ale już zapomniałem za co (charakterystyczna notatka dzieciaka!). W sobotę ciut, ciut byłbym dostał baty..." Rozmowy nasze z macochą chłopca dokonały tego, że notatki o biciu zniknęły z dziennika chłopca. Staś na pytanie o biciu odpowiadał, że dawniej to mu nie żałowano batów, ale teraz to już nie dostaje w skórę. Oczywiście staraniem Poradni było podnieść nadwątlone mocno samopoczucie chłopca. Macocha jednak w dalszym ciągu narzeka przed nami na Stasia; twierdzi, że wprawdzie teraz nie śmieje się w drzwi, że sypia lepiej, że w szkole zachowuje się lepiej, ale robi się jakiś nienormalny. Jednem słowem nie chce, czy nie umie zauważyć tych plusów, jakie zdołaliśmy osiągnąć, a stale podkreśla drobne nawet minusy i to zapewne nietylko przed nami w Poradni, ale i wobec chłopca w domu, co oczywiście utrudnia nasze zadanie psychoterapeutyczne. Macocha podkreśla np. z oburzeniem że kilka dni temu Staś wsadził w ubraniu młodszego brata do balji i obnosił go tak po mieszkaniu wspólnie z drugim bratem. Innym razem wysmarował braci i siebie sadzą, co dla macochy jest oczywistym dowodem jego nienormalności. Okazuje się jednak w rozmowie ze Stasiem, że macocha znacznie wyolbrzymiła te wypadki i nie czekając wytłumaczenia ze strony młodocianych przestępców ukarała ich hurtownie skórobiciem. Staś zupełnie rozsądnie podaje, że wspólnie z braćmi i za ich zgodą bawił się w łódkę i że młodszy braciszek tylko nogi zanurzył w wodzie, opierając się rękoma o brzeg balji. A co się tyczy smarowania sadzą — miała to być zabawa w murzynów. Oczywiście wytłumaczyliśmy chłopcu niestosowność tego rodzaju zabaw, ale i z drugiej strony zrozumieliśmy, że w zabawach tych, poza pewną zbyt żywą fantazją, nie można się dopatrzyć cech patologicznych, jak tego chciała świadomie, czy też podświadomie macocha chłopca.

Trzeba jednak przyznać, że fantazja Stasia jest silnie rozwinięta, co się objawia chociażby w jego odpowiedziach i opowiadaniach. I tak np. na pytanie co słychać — chłopiec odpowiada „wszystko po st... po nowemu", wymyślił teraz grę w białego Piotrusia i grę w kino Raj, jest wodzem armji złożonej z kilkudziesięciu chłopców i będzie walczył z drugą taką armją — z niemcami.

Wychowawczyni któregoś dnia podaje, że Staś jest teraz mniej dziwaczny, pisze lepiej (dawniej pisał w obie strony-różnym charakte-

rem pisma), ale w dalszym ciągu jest nieśmiały i lękliwy. Fantazję ma żywą, kiedyś wyimaginował sobie, że siłą woli zdolen jest zatrzymać tramwaj dla swej wychowawczyni, by zdążyła.

Staś przyznaje, że dawniej i teraz odczuwa jakieś lęki sam nie wie czego, może batów, tak, tylko batów, ciemności się nie boi tylko bicia (płacze). Czasem małe dzieci go biją, a on się nie broni, bo myśli, że zasłużył na to bicie, bo czasem nie oddał im klisz albo anglasów. W ten sposób chłopiec stara się usprawiedliwić swe zachowanie. Być może kompleks, jaki wytworzył się u chłopca bezlitośnie bitego przez matkę przez szereg lat, jest tu tak silny, że poprostu obniżył sprawność instynktu samoobrony i przez to małe nawet dzieci zwalczały łatwo bezbronnego — w znaczeniu psychicznem chłopca.

Z usposobienia Staś jest zamknięty w sobie, cichy i spokojny, jak macocha mówi: można go zabić, a on się nie ruszy, tylko płacze. Badanie inteligencji chłopca wykazało I. I.=81

W trakcie dalszej obserwacji objawy trwające kilka lat ze strony zmysłu wzroku minęły całkowicie. Staś stale podkreśla, że obecnie nic mu się nie zwiduje. Objaw Lipmanna stał się też ujemnym. Staś otrzymywał podczas trwania obserwacji luminal z kilkutygodniową przerwą, która jednak nie przyczyniła się do powrotu zaburzeń wzrokowych. Bóle głowy stały się znacznie słabsze, sen poprawił się. Samopoczucie chłopca wzrosło nieco na sile, Staś stał się bardziej śmiały, a nawet kiedyś bił szablą po nogach swych żołnierzy. Do następnej klasy będzie promowany.

Jeżeli teraz zastanowić się zechcemy, z czem w danym przypadku mamy do czynienia, to dla przejrzystości analizy ustalimy przedewszystkiem sprawy bezsporne, a następnie przejdziemy do spraw bardziej wątpliwych, niemniej najciekawszych, t. j. do omówienia objawów wizualnych badanego.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że alkoholizowanie chłopca przez matkę wpłynęło ujemnie na jego system nerwowy, zwłaszcza, że podawanie alkoholu miało miejsce w pierwszych latach życia chłopca, w okresie kształtowania się i budzenia ośrodków nerwowych. Jest to pierwszy fakt, zdaniem naszym, nie podlegający dyskusji. Z faktu tego wypływa następny, a mianowicie, jak ustaliło badanie, poziom inteligencji Stasia jest niski, I. I.=81, co odpowiada granicy między ociężałością umysłową a linją graniczącą z upośledzeniem umysłowem. Alkoholizowanie dziecka niewątpliwie odegrało tu swą rolę, jak również wpłynęło na powstanie na-

padów epileptycznych, które objawiły się jeszcze w 8 roku życia po jednej nawet dawce wina. Czynnik etjologiczny pod postacią alkoholu nie ulega tu chyba wątpliwości. Trzecim faktem, jaki możemy ustalić w danym przypadku, to stany lękowe badanego. Od jak dawna trwają te stany, tego z całą pewnością ustalić nie potrafimy, prawdopodobnie trwają one od czasów wczesnego dziecięctwa, poprzez dalsze lata aż do chwili obecnej. Podłożem dla tych stanów był systematycznie zatruwany alkoholem centralny system nerwowy, bezpośrednim powodem maltretowanie chłopca przez mątkę. W przypadku omawianym można przeprowadzić pewną analogję ze stanami lękowemi u dorosłych alkoholików chronicznych. Wprawdzie w naszym przypadku nie może być mowy o delirium, to jednak stany lękowe, tak dalece upośledzające instynkt samozachowawczy (macocha: można zabić, a on się nie ruszy), mogły wystąpić na podłożu alkoholowo zmienionem. Wreszcie ostatni fakt, jaki możemy tu wykazać, to szereg kardynalnych błędów wychowawczych, popełnianych względem chłopca i ich konsekwencje, nad któremi, z braku miejsca, zastanawiać się nie będziemy.

Przystępujemy obecnie do spraw, które mogą podlegać dyskusji, mogą być sporne t. j. do etjologji i analizy objawów wzrokowych badanego. Przedewszystkiem co do etjologji, niezależnie od tego, jak nazwiemy te objawy, czy omamami psychicznemi, czy omamami świadomemi, czy nawet zwykłemi omamami, lub też objawami ejdetycznemi lub para-ejdetycznemi jesteśmy zdania, że czynnik alkoholowy w etjologji tych objawów odgrywa pierwszorzędną rolę. Weźmy bowiem skądinąd, że alkohol zwłaszcza często wywołuje zaburzenia w zakresie zmysłu wzroku. Za etjologją alkoholową przemawiają tu również dalsze objawy, jak silne bóle głowy, dodatni objaw Lipmanna, stany lękowe ataki drgawkowe i rozwój umysłowy chłopca. Wszystkie te sprawy łączą się w jedną całość kliniczną tak, że etjologja tych spraw wydaje nam się jasna. Oczywiście stojąc całkowicie na stanowisku J a e n s c h a i uznając opisywane zjawiska za ejdetyczne, możemy rozważania nad etjologją tych zjawisk opuścić, gdyż jak wiadomo, zdaniem J a e n s c h a, ejdetyzm w pewnej fazie rozwojowej młodzieży spotykamy normalnie. Trudniejszą jest jednak sprawa zakwalifikowania zaburzeń wzrokowych badanego do tej, czy innej znanej nam szufladki psychjatrycznej, uczynić to możemy jedynie przez wyłączenie. A więc, jak już wspomniałem, wyłączyć tu musimy objawy majaczeniowe, za któremi absolutnie nic tu nie przemawia. Wy-

łączyć musimy wogóle wszelkie psychozy, w których przebiegu stwierdza się omamy wzrokowe. Chłopiec nie jest jednostką psychicznie chorą, aczkolwiek zaburzenia wzrokowe niewątpliwie mają charakter patologiczny. Czy są to wogóle omamy wzrokowe? Sądzę, że nie, a to z następujących powodów: występują one jedynie na pewnem tle, gdy tymczasem omamy nie są związane z jakimś ściśle określonym ekranem, następnie nie posiadają one charakteru rzeczywistości, aczkolwiek posiadają natężenie w jaskrawość rzeczywistości, nie budzą w psychice chłopca uczucia lęku, są mu początkowo obojętne, potem śmieszne lub nudne, nie ukazują się wreszcie łącznie z jakiemś zainteresowaniem ze strony badanego w tym kierunku, przy skupieniu uwagi, lecz są niezależne od nastawienia psychicznego, z tych więc względów stwierdzane objawy wydają się nam dalekie od grupy halucynacyj wzrokowych. Dotyczy to również i iluzji, nad czem zastanawiać się nie mamy potrzeby. Wykluczyć również możemy z łatwością symulację wzgl. agrawację, które wszak nie mogłyby trwać szereg lat. Pozatem chłopiec tak konsekwentnie, dokładnie i wiernie opisuje to co widywał, że o symulacji, dla której zresztą nie widać nietylko celu, lecz motywy przeciwne, nie może być mowy. To samo dotyczy i konfabulacji.

Pozostaje jeszcze ejdetyzm, ale badanie obrazów następczych i wyobrażeń ejdetycznych dało tu wynik ujemny. Niemniej jednak omawiane objawy posiadają pewne cechy zbliżające je raczej do objawów ejdetycznych, aniżeli do omamów. Wspomniane cechy są następujące: Przedewszystkiem tło, ekran. Objawy omawiane występują na tle drzwi, względnie przy specjalnem badaniu na szarym ekranie. Ta cecha wydaje nam się pierwszorzędną podstawą dla zaliczenia wspomnianych zjawisk do grupy pokrewnych ejdetyzmowi. Następnie w genezie niektórych tych obrazów mamy również do czynienia z ekspozycją bodźca w postaci np. oglądanego rysunku z książki. Tylko, że obraz ejdetyczny nie powstaje tu bezpośrednio po ekspozycji obrazka, lecz po upływie dłuższego nawet czasu; może być też uzupełniany fantazją.

Co się tyczy tłomaczenia tych objawów to uważamy je za wynik pewnej nadczułości ośrodków, które zdolne są ekforować engramy wzrokowe na pewnem tle nawet po upływie dłuższego czasu. Nadwrażliwość ta wywołana zapewne alkoholem została doprowadzona do normy leczeniem farmakologicznem, bez którego tak długo trwające objawy istniałyby zapewne i nadal.

W konkluzji uznać musimy objawy wzrokowe, stwierdzane u chłopca, za obrazy ejdetyczne. Wprawdzie w Przychodni nie udało się doświadczalnie wywołać typowych obrazów ejdetycznych, ale kładziemy to na karb zbyt jaskrawego oświetlenia ekranu. Wiemy również skądinąd, że obrazy ejdetyczne mogą powstawać spontanicznie, jak to mamy i w naszym przypadku.

Tak więc na podstawie powyższych badań i rozważań czuliśmy się upoważnieni do wydania dla szkoły następującej opinji, którą przytaczam z pewnemi zmianami*)

Ośrodek
badań psychologicznych
dla szkół powszechnych
Warszawa — Praga.
Przychodnia
psychologji stosowanej.

Warszawa, d. 10. VI 32 r.

Poufne!

Do Pana Kierownika 7. kl. Szkoły powsz. Nr. X
na ręce P. Wychowawcy klasy III.

Opinja psychologiczna
wydana w sprawie ucznia klasy III Stanisława Ch.
na życzenie P. Wychowawcy klasy III.

Podstawa opinji: Wywiady od P. Wychowawczyni i macochy ucznia, arkusz indywidualny, kilkakrotne badanie ucznia w Przychodni w okresie 3 miesięcy.

Uczeń został skierowany do Poradni ze względu na dziwaczne zachowanie na lekcjach, jak również na prośbę rodziny, która stwierdzała, że chłopiec miewa „wizje, gada od rzeczy, godzinami siedzi bez ruchu wpatrzony w drzwi, śmieje się do siebie".

Jak wynika z wywiadów Staś był karmiony przez matkę wódką jak wodą, w dzieciństwie miewał konwulsje, które powtórzyły się w 8-mym roku życia, gdy wypił nieco wina. Matka chłopca była alkoholiczką. W 3 oddziele Staś jest już 3 rok, są jednak widoki na promocję.

Poziom inteligencji ucznia jest na granicy między ociężałością umysłową a linją graniczącą z upośledzeniem umysłowem, iloraz inteligencji wynosi 81. Badanie obrazów następczych daje wyraź-

---

[1]) Opinje przychodni są dyskutowane na posiedzeniach Rad Pedagogicznych poszczególnych szkół.

ne i długotrwające obrazy negatywne. Badanie ejdetyczne nie daje typowych wyników dodatnich. Zdolności rysunkowe zaznaczone, pewna dziwaczność pisma, fantazja dość wybujała.

Na zasadzie dostępnych nam danych i dokonanych badań dochodzimy do następujących wniosków:

Staś jest dzieckiem niewątpliwie w dużym stopniu nerwowem. Na nerwowość dziecka złożyło się kilka przyczyn, z których podkreślić należy: 1) dziedziczne obciążenie pod postacią alkoholizmu matki, 2) alkoholizowanie chłopca przez matkę w jego latach dziecięcych, podobno do 8-go roku życia, 3) napady drgawkowe, jakie miewał chłopiec prawdopodobnie w związku z alkoholizowaniem, 4) metody wychowawcze polegające na biciu dziecka i wymyślaniu.

Aczkolwiek badanie inteligencji chłopca wykazuje daleko posuniętą ociężałość umysłową, to jednak z drugiej strony stwierdza się żywą fantazję u chłopca, który miewa nieraz pomysły, psychologicznie zrozumiałe i naturalne, pomawiane jednak przez rodzinę o chorobliwość. Tak było z epizodem z balją, w której nosił wraz z bratem młodszego braciszka za zgodą tego ostatniego (zabawa w łódkę); tak było, gdy wysmarował młodsze rodzeństwo sadzą (zabawa w murzynów); tak było, gdy wymyślił grę w białego Piotrusia, w kino Raj, lub gdy poodrywał sobie wszystkie guziki (chciał zwrócić przegrane guziki koledze — uczucia moralne są w danym przypadku nietylko zachowane, ale dochodzą nawet do pewnego przejaskrawienia lub pedantyzmu).

Pozatem stwierdza się u Stasia silnie rozwinięty instynkt kompensacyjnego postawienia się, jest on wodzem całej armji złożonej z innych chłopców, wykazuje spryt, gdy chodzi o wyszukanie jakiejś pomocy naukowej, sądzi, że siłą woli zdolen jest zatrzymać tramwaj dla swej wychowawczyni, do której niewątpliwie jest bardzo przywiązany. Instynkt postawienia się jest tu jedynie objawem kompensacji uczucia własnej niższości i ma miejsce przedewszystkiem w sferze myślowej chłopca i w zakresie jego zabaw.

Adnotacja w arkuszu indywidualnym ucznia o jego tchórzostwie jest zewnętrznym przejawem wewnętrznego stanu lękowego, w jakim żył Staś zwłaszcza w okresie wczesnego dziecięctwa. W świetle tego, co wiemy o katowaniu dziecka przez matkę, tchórzostwo jego nabiera specyficznego zabarwienia i jest niewątpliwie pozostałością metod biernej samoobrony z okresu wczesnego dziecięctwa.

Oczywiście najciekawszym objawem, jaki zauważyć można u chłopca, są stwierdzane od kilku lat „wizje". Analiza tego objawu nasuwa przedewszystkiem możliwość ejdetyzmu. Jednakże dokonane badania zdają się przeczyć temu. Natomiast podczas badania na szarym ekranie, a także w domu na tle drzwi, widzi Staś jakieś domy i ludzi, obraz ten zmienia się po chwili, widzi on potem ogród, drzewa, furmankę i konia, po chwili ludzi, samochód który jedzie. Okazuje się, że niektóre z tych obrazów widział badany poprzednio w książce z obrazkami, zatem omawiane objawy wykazują duże pokrewieństwo z wyobrażeniami ejdetycznemi. Zachodzi tu jednak pewna różnica: mianowicie Staś widuje wspomniane obrazy w dłuższy czas po spostrzeżeniu realnego obrazka w książce i jest zdolen uzupełnić tok zdarzeń jaki widział na prawdziwym obrazku. Uzupełnienia te uzewnętrzniają czasem samopoczucie chłopca i bywają charakteru depresyjnego. Nieraz jednak widuje na tle drzwi w domu obrazki treści wesołej i stąd niezrozumiały dla otoczenia wybuch śmiechu.

Należy przypuszczać, że powyższe objawy, jak i bóle głowy, jakie miewał, oraz ociężałość umysłowa są wynikiem długotrwałego alkoholizowania dziecka przez matkę, skądinąd wiemy, że patologiczne objawy wzrokowe są częstym przejawem przewlekłego zatrucia alkoholem, a w danym przypadku działanie alkoholu na młody, rozwijający się system nerwowy, mogło dać tego rodzaju wyniki, objawy wzrokowe stwierdzane u chłopca zaliczyć musimy do grupy spontanicznych obrazów ejdetycznych.

Pod wpływem leczenia farmakologicznego bóle głowy, jakie miewał chłopiec stały się słabsze, a objawy ejdetyczne ustąpiły w końcu zupełnie. Pozatem udało się przez kontakt z rodziną uzyskać złagodzenie metod wychowawczych domu.

Rozpoznanie[1]): Trudności dydaktyczno-wychowawcze dużego stopnia na tle endogennem, zależnem od konstytucji psychicznej dziecka, na której ukształtowanie się miało w wysokim stopniu szkodliwy wpływ podanie alkoholu, napady padaczkowe, jak i fatalne metody wychowawcze. I. I. = 81. Ejdetyzm.

Opinja.

Uczeń kwalifikuje się do nauczania zbiorowego jedynie przy daleko idącem uwzględnieniu jego odrębności psychicznej i płyną-

[1]) Pewne terminy naukowe, jakie wprowadzamy w opinji, mogą być dla wielu nauczycieli niezrozumiałe, z drugiej jednak strony mogą zachęcić do dalszych studjów i do przemyślenia opinji.

cej stąd metody łagodności i serdecznej opieki ze strony domu, wychowawcy i nauczycieli. Bowiem w konstytucji psychicznej ucznia tkwi usposobienie lękowo-schizoidalne, zabieg wychowawczy natury ujemnej może jedynie szkodliwie wpłynąć na tego rodzaju usposobienie. Składnik lęku w psychice dziecka powstał niewątpliwie we wczesnem dziecięctwie pod wpływem metod stosowanych przez matkę i dziś jeszcze wyraża się w biernem jego zachowaniu wobec agresywnych kolegów.

Staś powinien pozostawać pod stałą opieką Przychodni wychowawczej i winien być systematycznie leczony. Nie potrzeba tu dodawać, jak silną trucizną dla chłopca jest alkohol pod jakąkolwiekbądź postacią.

Uczeń kwalifikuje się na kolonje letnie.

Un cas d'eidétisme post-alcoolique.

Par le Dr. CH. MIKULSKI.

L'auteur décrit un cas, observé au dispensaire des écoles primaires du VII-e arrondissement à Varsowie, d'un malade qui a été alcoolisé par sa mère dépuis son enfance. Dépuis quelques années on constate chez ce malade les symptômes d'eidétisme spontané. Il n' a des visions eidétiques qu' à la maison, sur le fond d'une porte. Après un traitement par le luminal ces symptômes ont disparus. L'auteur trouve que dans ce cas la persistance et l'intensité des symptômes eidétiques ont été déterminées par l'alcoolisation de l'enfant.

Oddziaływanie sugestywne zapomocą podniet bezwiednych.[1])

Podał Dr. med. TADEUSZ E. SOKOŁOWSKI — Warszawa.

Znaczenie lecznicze sugestji znane jest oddawna. Wiadomo, że n. p. środki t. zw. sympatyczne, czyli sugestje maskowane wywierają często w warunkach sprzyjających bardzo dodatni, czasem

[1]) Stanem lub czynnością bezwiedną nazywamy to, co nigdy niebyło świadomem i według wszelkiego prawdopodobieństwa świadomem bezpośrednio nie będzie.

decydujący wpływ na niektóre nerwice, schorzenia przewodu pokarmowego, narządu krwionośnego, procesy gorączkowe, a nawet na choroby organiczne [2]). Niewytłumaczonem się przeto wydaje, że na polu leczenia sugestją istnieje zastój.

Przyczyny tego zastoju są wielorakie.

Z jednej strony doktryna psychizmu nieświadomego (Despine, Grasset, P. Janet), z drugiej trudności techniki zniechęciły i odstraszyły większość lekarzy i zadały tem samem cios poważny terapji hypno-sugestyjnej.[3]

Co się tyczy doktryny psychizmu nieświadomego, to świat lekarski jest poniekąd pod sugestją przesłanek nieudowodnionych, a opartych na schemacie. Mianowicie Janet dzieli psychikę na dwie sfery:

1) Psychizm wyższy, obejmujący sprawy duchowe, dowolne, świadome.

2) Psychizm niższy, czyli sprawy automatyczne, nieświadome.

Na tym schemacie oparł Grasset swoje wnioski o „rozszczepieniu poligonu psychicznego".

Idąc za rozumowaniem Grasset'a Jaroszyński w swej cennej pracy „w sprawie psychoterapji", starając się sprowadzić leczenie sugestją do rzędu „psychoterapji niższego rzędu, zwracającej się do niższych, automatycznych dziedzin umysłowości", twierdzi, że leczenie sugestją na jawie i sugestją hypnotyczną nie zasługuje na wielkie uznanie, gdyż „choć działanie lecznicze na razie jest dodatnie, jednak w dalszym ciągu psychiczny wpływ tych czynników leczniczych jest pod pewnym względem destrukcyjnym, rozszczepiającym i usposobiającym do dalszego rozwoju charakteru neuropatycznego".

Uderza w tej krytyce wyrażenia „pod pewnym względem"; wygląda jakby autor miał jednak pewne wątpliwości co do innych względów.

Jaroszyński opiera się tu na doktrynie dysocjacji centrów Grasset'a, który mówi: „Stan sugestyjności jest wielobokiem wyemancypowanym od swego wyższego centrum psychicznego

---

2) W. M. Bechtjerew, Gipnoz, etc. Petersburg 1911, wyd. II.

3) Używamy pisowni „hypnoza", ponieważ wyraz ten pochodzi od starohelleńskiego ὁ ὕπνος pisanego przez „ypsilon" (nie „ipsylon"). Braid, twórca tego słowa, pisze „hypnology", Francuzi i Niemcy „hypnose". Polska „hipnoza" wzięta jest, prawdopodobnie przez autorów nieznających języka greckiego, z rosyjskiego „gipnoz".

i posłusznym centrowi hypnotyzera", ew. sugestora, jeśli wolno użyć tego wyrażenia.

Słusznie odpowiada na to Bernheim"*) ... ażeby wielobok mógł zrealizować nadaną mu sugestję trzeba, żeby on ją słyszał i rozumiał. Otóż sensoryczne ośrodki korowe spostrzegają dobrze wrażenia słuchowe, wzrokowe i inne, lecz te spostrzeżenia pozostają surowe i pozbawione idei, jeśli nie wnikają w dziedzinę psychiczną. Przerwanie połączeń z tą dziedziną wskutek uszkodzenia ośrodków sensorycznych sprowadza głuchotę, lub ślepotę psychiczną: osobnik widzi i słyszy, lecz nie rozumie, co widzi i słyszy. Spostrzeżenie, które nie przekracza wieloboku, nie staje się ideą.

Wielobok może przez swe ośrodki motoryczne realizować ruchy automatyczne i odruchy następujące po wrażeniach nawet nieświadomych, lecz on sam, odzielony od mózgu psychicznego nie może odbierać sugestji, on sam nie jest centrum psychicznem".

Wynika stąd, że rozszczepienie poligonu psychicznego na psychizm wyższy i niższy, choćby nawet występowało przy stosowaniu sugestji, nie ma znaczenia zasadniczego, ponieważ psychizm niższy, obejmujący sprawy automatyczne, nie może odbierać sugestji, a tem samem spełniać jej bez pośrednictwa i kontroli psychizmu wyższego.

Rzeczą podlegającą dyskusji w tem zagadnieniu może być, jak sądzimy, tylko stopień kontroli psychizmu wyższego nad niższym.

Z tego punktu widzenia nie możemy przyznać racji przeciwnikom leczenia sugestją, uwzględniając jeszcze wniosek Bernheima: Sugestja terapeutyczna obejmuje te wszystkie sposoby, które się wiążą ze słowem poto, by wprowadzić ideę terapeutyczną do mózgu, lub ułatwić jej leczniczą akcję ideodynamiczną. Nie zwraca się ona do automatyzmu osobnika, lecz do jego umysłu świadomego".

Twierdzimy, że sugestja umiejętnie stosowana w leczeniu nietylko objawowem, lecz także przyczynowem, jest środkiem nieszkodliwym, pożytecznym i godnym jak najszerszego rozpowszechnienia.

Trudności w uzyskaniu takiego stopnia snu hypnotycznego, który stanowiłby warunek sprzyjający przyjęciu sugestji przez hypnotyka, są znaczne. Takim stopniem i warunkiem, jak przyj-

---

*) Automatyzm i sugestja, Poznań 1924.

muje większość autorów, jest hypnoza głęboka, t. zw. przez Charcot'a stadjum somnambuliczne, „Somnambulhypnose“ autorów niemieckich.

Liczne statystyki wykazują, że hypnozę głęboką można otrzymać przeciętnie u 10 0/0 osobników. Podobny stosunek procentowy stwierdziliśmy w praktyce własnej, granice jednak są zależne od wielu czynników i szerokie, bo n. p. van Renterghem podaje 11 0/0 podatnych na hypnozę, a Vogt 83 0/0. W teorji zatem zdawałoby się, że przynajmniej u 10 na stu chorych można stosować hypnozę głęboką.

Tak jednak nie jest: zdarzają się jednostki odczuwające strach paniczny przed hypnozą, inne znowu ulegają hypnozie anormalnej przechodzącej w sen zwykły; występuje czasem t. z. hypnoid histeryczny i somnambulizm samorzutny. Wszystkie te stany uniemożliwiają postępowanie terapeutyczne i wykluczają stosowanie hypnozy.

Utrudnieniem są również przepisy prawne, żądające (przynajmniej w niektórych państwach) obecności dwóch lekarzy w czasie zabiegu hypnotycznego. Wspomnieć także należy o niebezpieczeństwie, grożącem lekarzowi ze strony histeryczek. Zdarzają się mianowicie wypadki, kiedy lekarza oskarża bezpodstawnie hypnotyczka o nadużycia seksualne, o wykorzystanie w celach przestępczych stanu jej nieświadomości. Lekarz, który w wypadku takim był na tyle nieostrożnym, że hypnotyzował bez świadka, może się znaleźć w położeniu bez wyjścia i tylko interwencja biegłego może go ocalić od niezasłużonej kary ciężkiego więzienia, utraty dyplomu i praw obywatelskich.*)

---

*) Uczucia, jakie może żywić hypnotyczka względem swego lekarza, charakteryzuje wiersz cytowany przez Bechtjerewa, który podajemy w tłumaczeniu dosłownem z rosyjskiego:

Mojemu hypnotyzerowi.

Gdy pan podchodzi do łoża mojego,
Małżonku mój duchowy, tak pożądany,
I rękę władczą cichutko uścisnę,
Duszę wypełnia jakaś dziwna lubość.
Sugestji słodycz tajemniczą, poznałam przez pana,
Pan mi otworzył drzwi nadziei i wlał w serce radość,
I były to minuty rozkoszne.
Lecz czar związku hypnotycznego, czasem ukłuciem
zazdrości zamroczony:
Spuściwszy oczy pełne zadumy, myślę z rozpaczą:
czemu dla pana nie jestem jedyną!

Takie wypadki są rzadkie, ale znane.

Uwzględniwszy uwagi powyższe, przyjmiemy z dużą dozą prawdopodobieństwa, że procent chorych, u których możemy zastosować z łatwością hypnozę głęboką, wynosi 3 do 8 na sto. W innych wypadkach stosować więc musimy sugestję na jawie, która jednak przeprowadzona w sposób zwykły, rzadko daje pomyślne wyniki leczenicze, ponieważ osobników ulegających skutecznie sugestji na jawie jest ilość znikoma, nawet uwzględniając wybitną sprawność lekarza. Możnaby brać pod uwage sugestje masowe, uwzględniając prawo ustanowione przez Espinas'a, wyrażone przez Sighele'go: „Indywiduum samotne jest dość trudno zapalne, tłum natomiast zachowuje się jako zbiornik suchego prochu"[1]), takie jednak oddziaływanie na zbiorowiska ludzkie stosować można tylko w celu podniesienia samopoczucia i obudzenia wiary w siły własne chorych, a nie w wypadkach chorób poszczególnych z powodów łatwo zrozumiałych.[2])

Kwestje, o jakich była mowa, są może najważniejszym powodem, dlaczego terapja hypnosugestyjna liczy tak mało zwolenników i trudno się temu dziwić, zważywszy trudności hypnozy głębokiej i stosowania sugestji na jawie.

Opracowując nowy sposób stosowania sugestji na jawie, który można określić jako heterosugestję słowną wywoływaną za pośrednictwem podniet bezwiednych, kierowaliśmy się rozumowaniem następującem: Według Abramowskiego „naturalne powstawanie stanów podświadomych w ciągu życia człowieka, odbywa się drogą dwojaką: 1) przez roztargnienie, kiedy działająca na organizm podnieta nie dochodzi wcale do świadomości i dla introspekcji osobnika nie istnieje zupełnie i 2) przez zapomnienie.

Pierwszy rodzaj stanów psychicznych, będący wynikiem podniet, które nigdy świadomemi nie były, nazywamy poświadomością pierwszego stopnia, jako stan podświadomy najczystszy, nietknięty jeszcze przez intelekt i nieprzerobiony przezeń".[3])

To podświadome 1-go stopnia, które nie przechodziło przez warsztat umysłowy, podświadome najbardziej dziewicze, wykazuje

---

[1]) Löwenfeld, Hypnotismus str. 473.

[2]) Zabiegów sugestji masowej używał Coué; stosują je niektóre sanatorja.

[3]) E. Abramowski, Metody badania podświadomości, Prace z psychologji doświadczalnej. Warszawa 1914, T. II. Cygielstreich, Twórczość podświadoma ib. t. I.

największą twórczość. Wniosek ten jest niezmiernie ważny nietylko dla psychologji, ale także psychoterapji, wykazując, że wszystko co powiększa sferę nieświadomego (bezwiednego) przyjmowanie wrażeń, potęguje twórczość podświadomości i odwrotnie.

Lecznicza zatem sugestja słowna na jawie posiadać będzie wartość szczególnie wybitną, jeśli przedmiot sugestji nie wie o zabiegu poddawania, czyli kiedy treść sugestji staje się podświadomem 1-go stopnia, t. j. takiem, które nie pochodzi przez warsztat umysłowy, danej jednostki.

Stanęliśmy wobec pytania w jaki sposób poddać na jawie sugestje lecznicze, słowne, choremu tak, aby one utkwiły w jego sferze psychicznej nieświadome?

W myśl przesłanek wymienionych należy odwrócić w zupełności uwagę chorego od czynności lekarza, świadomość chorego musi być zajęta, chory nie może słyszeć świadomie sugestji lekarza.

Przeprowadzamy to w sposób następujący.

Przedewszystkiem badamy uwagę chorego, posługując się próbami Bourdon'a-Mikulskiego i metodą rachowania krążków.

Jeśli uwaga jest wewnętrzna[4]) posiada cechę wytrwałości, co zdarza się rzadko, możemy odrazu przystąpić do zabiegu sugestywnego. W razie przeciwnym staramy się chorego wyszkolić zapomocą ćwiczeń odpowiednich, z których najwięcej godnem polecenia jest oddychanie rytmiczne, specjalnie do tego celu przystosowane i ćwiczenia w rozluźnianiu mięśni, przez co uzyskuje się możliwie wysoki stopień bierności i skupienia uwagi.

Z chwilą, kiedy chory osiągnie dostateczny stopień skupienia się nad danym przedmiotem, przedsiębierzemy zabieg.

Umieściwszy chorego możliwie wygodnie, polecamy mu czytać wyraźnie i głośno jakikolwiekbądź tekst zajmujący, stanowiący dla niego nowość i prosimy, aby zapamiętał możliwie dokładnie treść, którą później ma opowiedzieć, i aby nie zwracał uwagi na ewentualne słowa lekarza. W czasie czytania lekarz stojący, albo siedzący poza pacjentem, szepce uważnie do ucha chorego sugestje, które przedtem sobie dokładnie sprecyzował, podnosząc od czasu do czasu głos przy wymawianiu pojęć, mających znaczenie zasadnicze. Lekarz mówi z przerwami, o ile skala głosu pozwala na rejestrze niskim, obserwując jednocześnie akcję chorego i akcentując

[4]) Jej cechą jest skłonność do skupienia się na swoich myślach i przeżyciach duchowych; wytrwałością uwagi nazywamy skierowanie uwagi w określonym kierunku.

swoje słowa w chwilach kiedy zauważy, że zainteresowanie chorego rzeczą czytaną potęguje się. Zamiast czytania używać możemy działań arytmetycznych, n p. dodawania kilkunastu kolumn cyfr, rozwiązywania zadań matematycznych, rozmowy z osobą trzecią, rachowania z równoczesnem plastycznem wyobrażaniem sobie liczb rachowanych na tle barwnem i. t. p.

Możliwe są kombinacje rozliczne w zależności od inteligencji i konstrukcji psychicznej danego osobnika.

Metoda nasza prosta i stosunkowo łatwa daje wyniki równorzędne sugestji hypnotycznej, jak przynajmniej mogliśmy stwierdzić, stosując ją przez lat dwa na materjale liczącym kilkunastu chorych. Odnieśliśmy wrażenie, że metoda ta zawodzi chyba w wypadkach wyjątkowych i może być używana w każdym wypadku, czego nie można powiedzieć o zwykłej sugestji na jawie i o hypnotycznej.

Wartość jej dla psychoterapji wykaże oczywiście doświadczenie i czas.

L'influence suggestive par les stimulants inconscients

Par le Dr. en méd. T. E. Sokołowski (Varsovie).

Résumé.

La stagnation dans la thérapie hypno-suggestive est déterminée particulièrement par le fait que la totalité du monde médical accepte la doctrine (Grasset etc) du psychisme inconscient, ainsi que par les difficultés qu'il faut vaincre pour obtenir l'hypnose.

L'auteur s'appuyant sur les argumentations de Bernheim, assure que la division du polygone psychique sous l'influence de la suggestion n'a pas un sens fondamental. Ainsi le traitement par la suggestion est inoffensif et recommandable.

En regard de difficultés que présente l'hypnose, il faut appliquer la suggestion à l'état de veille; elle a une valeur éminente seulement, si le malade ignore la manoeuvre suggestive à l'etat de veille, quand le contenu de la suggestion est le subconscient du premier degré (Abramowski).

Pour obtenir une situation pareille, l'auteur recommande sa méthode qu'il appelle hétérosuggestion verbale à l'état de veille provoquée par les stimulants „inconscients". Le malade lit, comte, cause avec une autre personne etc., pendant que le médecin lui donne les suggestions verbales. Les résultats de l'auteur sont positifs et de même valeur que ceux de la suggestion ordinaire à l'état de veille et de la suggestion hypnotique.

Sprawozdania z posiedzeń lekarskich.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance

w dniu 23. IV. 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI Sekretarz: p. JESIONOWSKI

P. Gorzkowski przedstawia 1) mężatkę G. Z., lat 35, która wyszła zamąż przed 10 laty i ma 2-ch synów w wieku 6 i 7 lat. Ojciec jej był karany więzieniem z powodu czynów niemoralnych popełnionych na 14-letnich dziewczętach. G. w młodości nie przechodziła żadnych poważnych chorób, uczyła się dobrze. Jej pożycie małżeńskie było szczęśliwe. G. była mężowi zawsze wierną. W maju 1927 r. została rzekomo „zahypnotyzowana" podczas przesłuchów w dowództwie żandarmerji przez pewnego oficera, z powodu tego „była zmuszona uderzyć oficera młotkiem w głowę, aby się pomścić". Czuła się pokrzywdzona w Polsce, chciała paszportu na wyjazd do Niemiec, „aby ją tam w obronę wzięto". W maju 1928 r. oddana w opiekę zakładową, po 6-u miesiącach została zwolniona za rewersem do męża, wbrew opinji lekarskiej.

Dnia 26. II. 1929 r. oddana powtórnie do D. Mąż, który jest z nią w seperacji, podaje, iż żona zgłosiła się do niego i zarządała zawiezienia do D. Oświadczyła, że chce się wyleczyć i pracować, czego w obecnym stanie nie może robić. Cieleśnie brak u niej zmian patologicznych. Na pytanie, dlaczego przybyła do Zakładu, badana odpowiada, że dlatego, by po wyleczeniu mogła pracować i aby nikt na nią „nie wpływał". Czasami czuła się bardzo osłabioną psychicznie i lękliwą. Bała się w ostatnich czasach spać sama w nocy. Głosów rzekomo nie słyszała nigdy. W sprawie uderzenia młotkiem oficera, podaje wymijająco; „Nie potrzeba określić, co to było, teraz nie potrzeba określić, co to było, teraz nie potrafię myśleć, tu nie chodzi o mnie, ale o dzieci, gdybym ja wszystko mówić miała, to jest tak zawikłane, że nikt by tego nie rozumiał, myślałby, że mam manję prześladowczą; ktoś coś chce odemnie; to byli mężczyźni; czułam, że oni czegoś chcą". G. odpowiada wolno, długo się namyśla, często mówi, że pytań nie rozumie, że ktoś jej przeszkadza.

Następnie p. Wilczyński przedstawia 2) kupca G., lat 41. Ojciec jego umarł jako umysłowo chory w Zakładzie S. Matka, lat

68, żyje, młodsza siostra jest pobudliwa. G. urodził i rozwijał się prawidłowo; jako dziecko nie chorował. W szkole niezbyt dobrze się uczył. Obecna choroba zaczęła się od 2-ch lat. G. powtarza ustawicznie, że pojedzie do Brazylji; nie chciał przebywać w miejscach, lub lokalach, gdzie było więcej ludzi. Twierdził, że widział Boga, że z Nim rozmawiał, że sam jest Bogiem, że wszystko wie; nie chciał przyjmować pokarmów w obawie przed otruciem. Obnażał się i tak wychodził na ulicę, oddalał się z domu, przebywał w swoim składzie kryjąc się w kącie w obawie zamachu na jego życie. Żrenice reagują na światło i zbieżność prawidłowo. Odruchy okostnowe i ścięgniste kończyn dolnych żywe, równe; odruchów patologicznych brak. Badany orjentuje się w czasie, miejscu i otoczeniu. Na pytanie, jak się czuje, odpowiada, że sam nie wie i dodaje: „Jak się zdenerwuję, to okropnie głowa mnie boli, coś mi się w głowie stało". Słyszy głosy, nakazy dochodzące go z góry z powietrza n. p., że ma się zachować jak się należy, że człowiek nie ma być stale na świecie. Do zakładu przybył „bo słyszał głosy i martwił się przez to". Za bogatego lub grzesznego G. siebie nie uważa, nie czuje się prześladowanym, halucynacyj wrokowych rzekomo nie miał.

Następnie p. Gawroński przedstawia 3) nauczycielkę B. H. lat 24. Rodzice jej żyją, a ojciec jej czasami popijał. B. urodziła się prawidłowo, przechodziła szkarlatynę, uczyła się dobrze, była pilna, ambitna. Seminarjum ukończyła wcześnie nie mając jeszcze 18 lat. Z tego powodu miała znaczne trudności w uzyskaniu posady, dlatego była przygnębiona. Cały rok nie pracowała, ponieważ nie otrzymała posady nauczycielki. Starała się wtedy o przyjęcie do klasztoru. Otrzymawszy posadę nauczycielki, czuła się chorą, miała chwile długiego zamyślania, zarzucała matce, że jej dodaje trucizny do herbaty. Ostry stan choroby od 8. IV. 1929 r. B. nie przyjmowała pokarmów, miała lęki, siedziała bez ruchu.

Badanie wykazało pod względem neurologicznym brak odruchu spojówkowego. B. odpowiada niewyraźnie, często grymasując i uśmiechając się. W czasie, miejscu, oraz otoczeniu orjentuje się zupełnie. Mówi, że jest fizycznie zdrowa, ale bardzo smutna, przyczem jednak śmieje się. Na pytanie dlaczego przybyła do Zakładu, oświadcza, że nic nie odpowie, ponieważ wszystko już jest napisane. Zamyka oczy i usiłuje „skoncentrować" myśli i dodaje: „przypuszczam, że ojcu się nie podobałam, ojciec chciał, żebym uczyła w innej szkole, myśli mi nie przychodzą. Do rodziców żadnych

uczuć nie żywię", Zapytana o obecne życzenie, odpowiada, że chce do hotelu jechać, żyć tylko 21 lat. Głosów rzekomo nie słyszy.

Dyskusja.

W przypadku 1) p. Piotrowski wskazuje na fakt, że czyny oraz myśli pacjentki nie mają logicznego związku, pozatem stwierdza się zaburzenia motywacji, halucynacje czuciowe, utrudnioną reprodukcję, grymasowania, natręctwa, których pacjentka nie zwalcza, osobowość jej nie jest „einfühlbar". Są to cechy charakteryzujące schizofrenię paranoidalną. W przypadku 2) mówca zaleca przeprowadzić badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi na odczyn Wassermanna. Badany ma halucynacje, które powodują urojenia wielkości i prześladowania. Nie ma jednak systemu w obrazie paranoidalnym. Chodzi tu raczej o halucynozę u luetyka (?). Brak objawów cielesnych nie przemawia przeciwko psychozie syfilistycznej. W przypadku 3) istnieje rozdźwięk między poszczególnemi władzami psychicznemi, brak związku harmonijnego między elementem ideatywnym, afektywnym, reaktywnym, t. z, molekuł psychiczny znajduje się w stanie rozpadu, co przemawia za schorzeniem schizofrenijnem.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance.

w dniu 26. IV. 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. JESIONOWSKI.

I. P. Gorzkowski przedstawia krawcową St. G., lat 39, wdowę. Ojciec jej był alkoholikiem. W młodości G. rozwijała się prawidłowo, poważnych chorób zakaźnych nie przebywała. Przed 16 laty wyszła zamąż, dzieci nie miała. Pierwsze objawy choroby wystąpiły we wrześniu 1928. r. G. wróciwszy z letniska, oświadczyła siostrze, że kocha się w niej książe Monaco; awanturowała się, mówiła, że chcą ją otruć w domu, była erotycznie podniecona, zaczepiała na ulicy mężczyzn, śmiała się, płakała, mówiła dużo, była bardzo ruchliwa, mało sypiała. Po śmerci męża, 16 lat temu, była przez 2 lata w silnej depresji, leczyła się w szpitalu psychjatrycznym.

Budowa ciała wątła, odżywienie nieco podupadłe. Źrenice dość wąskie, obie reagują opieszale na światło, żywo na zbieżność. Brak zmian z zakresu nerwów mózgowych. Odruchy okostnowe

i ścięgniste równe, żywe, patologicznych odruchów brak. Romberg ujemny, czucie bez zmian.

Badana orjentuje się w czasie, miejscu i położeniu swojem. Pamięć jest nieco osłabiona. W zakładzie pacjentka tęskni za domem, narzeka na „rozstrój nerwowy“ nie wyklucza możliwości zakażenia się kiłą, przeczy temu, jakoby uważała się za Matką Boską, twierdzi, że wmawiano jej, że kocha się w niej książę Monaco, że ona tego nigdy nie mówiła. Za bogatą się nie uważała. Trudniejszych wyrazów nie umie dobrze powtórzyć.

II) Następnie p. Wilczyński przedstawia robotnicę P. K. lat 19. Ojciec jej lubił wypić, stryj dużo pijał codziennie. P. K. w 13 roku życia, przebyła tyfus, chorowała 7 tygodni. Budowa ciała prawidłowa. Nad prawym szczytem płuc słyszalny wydech. Pierwsze tony nad wszystkiemi ujściami głuche, nad tętnicą główną i płucną prawie niesłyszalne. Badana ma urethritis, colpitis gonorrhoica.

Źrenice okrągłe, równe wąskie, reagują słabo na światło i zbieżność. Odruch spojówkowy zachowany, kolanowy prawy żywy, brak odruchu gardłowego, lewego, kolanowego i Achillesowego prawego. Romberg ujemny. Zaburzeń psychicznych badana nie przejawia.

Dyskusja.

W przyp. 1) p. Piotrowski zwraca uwagę na manjakalne podniecenie i euforję pacjentki, wypieki na twarzy, drżenie mięśni, około nosa i drżenie rąk. Wobec bezpłodności pacjentki, nie negującej możliwości nabycia kiły, mówca poleca badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na odczyn Wassermanna i określa stan obecny jako okres początkowy porażenia postępującego. W przyp. 2) p. Piotrowski wskazuje na brak odruchów po prawej stronie, na t. zw. „Schleifen“ lewej nogi rzadkie mruganie powiek, objaw Moebiusa, utrudnione połykanie, szklisty wygląd oczu, lalkowatą twarz, sztywność ogólną. Objawy wyszczególnione zachodzą niekiedy w początkowym okresie stwardnienia rozsianego.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance.

w dniu 7. VI. 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI Sekretarz: p. JESIONOWSKI.

1) p. Gawroński przedstawia pannę St. F., lat 26, dziedzicznie nie obarczoną. W wieku dziecięcym p. F. przebyła odrę,

dyfterję, szkarlatynę. W szkole uczyła się dobrze. Słabe postępy robiła tylko w rachunkach. Pierwsze objawy wystąpiły w lipcu 1926 r. Chora bała się, będąc sama w domu, sądziła że własna rodzina chce ją zamordować, miała halucynacje wzrokowe mówiła dużo od rzeczy, sypiała mało. W lipcu 1919 r. oddano ją do D., po 2-ch tygodniach została zwolniona jako wyleczona. W lipcu 1926 r. p. F. po raz drugi przybyła do D. W okresach menstruacji słyszała głosy, miała urojenia prześladowcze, mówiła, że namawiają do samobójstwa, widziała czarnych djabłów itp. We wrześniu tego samego roku chora opuściła Zakład w stanie niewyleczonym. W czerwcu 1927 r. przybyła po raz trzeci do Zakładu; podczas menstruacji miała urojenia, że jest pod wpływem djabłów, słyszała głosy, była gwałtowną.

Budowa ciała prawidłowa, twarz nieco asymetryczna. Badana nie orjentuje się dokładnie, w czasie, miejscu, otoczeniu. Odpowiada chętnie, mówi dużo o swoich przeżyciach, dość niewyraźnie. Miewa urojenia prześladowcze słyszy głosy, ma halucynacje czuciowe. Na pytanie, czy żyją jeszcze jej rodzice, siostry, bracia, odpowiada, że „wszystko ze zemsty umarło". Bije pielęgniarki zamierza stłuc szyby, zaprzecza temu, że jest podniecona, „jestem cicha".

II) p. Bielawski przedstawia literata J. R., lat 46, rzymskokatolika. Ciotka jego była psychicznie chora. Pierwsze objawy choroby u R. wystąpiły w 1914 r. w postaci wybuchu majaczeń, widzeń, na tle patrjotyczno-religijnem, co po dwóch latach przeszło. Po tym epizodzie p. R. pracował w Ministerstwie jako urzędnik, pisał dużo i tłomaczył. W roku 1922 był przepracowany, nie mógł myśli zebrać, wogóle nie mógł pisać ani czytać, nie interesował się światem zewnętrznym był podniecony erotycznie. Stosowana w roku 1928 malarja nie pomogła.

Badany ma budowę ciała o cechach kobiecych. Odruchy ścięgniste są żwawe. Obustronnie występuje objaw Piotrowskiego. Źrenice reagują dostatecznie na światło i zbieżność. Zaburzeń w mowie niema.

R. nie orjentuje się w czasie i miejscu. Odpowiada po długiem namyślaniu się, patrząc w dal, jakby zamyślony, chwilami grymasi. Na pytanie, jakie odbył studja, badany oświadcza, że jest człowiekiem wysoce kulturalnym. „Obracałem się" — mówi — „Jako literat, w kompaniach estetycznych, w sferach niezbyt zamożnych, ale oryginalnych... w sferach malarskich... świat musi

inaczej wyglądać z punktu widzenia sztuki.... jestem uczonym, czy warjatem, nie wiem... „Pacjent podaje, że słyszy głosy ludzi z drugiego świata, jakichś gnomów", złorzeczących mu. Na szereg pytań nie reaguje wcale lub przerywa swe odpowiedzi patrząc w dal.

Dyskusja.

W przyp. 1) p. Piotrowski stwierdza fakt nasilenia zaburzeń psychicznych u badanej w czasie menstruacji. Przeważają objawy kwantytatywne, mianowicie w przygnębieniu lub podnieceniu. Wprawdzie kontakt z chorą jest niedostateczny z powodu zamroczenia; nie można tu jednak mówić o „Nichteinfühlen in die Psyche des Kranken". Objawy schizowate występują tylko akcesoryjnie. Zaburzenia psychiczne są przelotne, powierzchowne, nie usystematyzowane i pojawiają się w czasie menstruacji. Chodzi tu o zachorzenie psychiczne u degeneratki w czasie menstruacji. W przyp. 2) stwierdza się zatamowanie (Sperrung), maniery, grymasy, brak modulacji, ubóstwo myślowe. Nastawienie badanego jest pogodne, sprawność asocjacyjna dość dobra, krytycyzm do pewnego stopnia zachowany. Objawy wyszczególnione poprzednio przedstawiają zespół schizofreniczny w postaci schizofazji.

Posiedzenie kliniczne lekarzy Dziekance.

w dniu 25. VI. 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. JESIONOWSKI.

1) P. Gawroński przedstawia 1) mężatkę M. St., lat 33, córkę alkoholika. M. St. ukończyła szkołę powszechną, uczyła się dobrze. W r. 1917 chorowała na tyfus. W r. 1925 wyszła zamąż. Poronień nie było. Pożycie małżeńskie było dobre. M. St. była pogodną, rozsądną, pracowitą. Od czasu choroby tyfusowej skarżyła się na ból w krzyżach i wyrażała przekonanie, że nie będzie długo żyć. Od połowy maja b. r. wykazywała pierwsze objawy choroby umysłowej, mówiła dużo do siebie, „słyszała" głosy, czuła się zahypnotyzowaną, opuszczała kilkakrotnie dom swój w obawie przed głosami.

Budowa ciała prawidłowa, bez patologicznych zmian nerwowych.

Badana orjentuje się w czasie, miejscu, otoczeniu, ma smutny wyraz twarzy, skarży się na różne „brzydkie" myśli, które okropnie

ją dręczą, że ją mordują hypnozą, że wszystko w żołądku i jelitach jej się przewraca, słyszy głosy „bardzo brzydkiej" treści, o cudzołóstwie, prześladowaniu P. Jezusa itp., wyraża przekonanie, że jest bardzo chora, prosi o operację lub wyleczenie. Następnie p. Gawroński przedstawia 2) mężatkę M. W., lat 36, która w dzieciństwie rozwijała się prawidłowo. Uczęszczała do szkoły powszechnej i liceum, miała się uczyć bardzo dobrze, wyszła zamąż przed 10 laty (1919). Była zawsze bardzo wesoła, rozsądna, chwilami jednak porywcza, łatwo mogła się rozgniewać, a wesołość występowała czasami zanadto wybuchowo. W kilka dni po ślubie M. W. czuła bóle w okolicy narządów rodnych, w krzyżach, miała nieregularną miesiączkę, krwiotoki, „jako pozostałość po poronieniu bliźniąt" (7 mieś.) w pierwszym małżeństwie. W drugim było znów jedno poronienie (5 miesięcy). W r. 1927 nastąpiła exstirpacja macicy, w maju 1928 r. pojawiły się pierwsze symptomy choroby psychicznej. Według świadectwa lekarskiego były to halucynacje. M. W. skarżyła się, że ją oszukują, okradają, zabierają majątek, dają jej truciznę. Stała się kłótliwą, podejrzliwą co do wierności męża, stroniła od ludzi.

Budowa ciała prawidłowa, bez patologicznych zmian neurologicznych. Odżywianie dobre.

Badana nie orjentuje się w czasie, miejscu, otoczeniu, ma smutny wyraz twarzy, odpowiada cichym, płaczliwym głosem przyczem trzęsie się chwilami jakby ze zimna. „Dlaczego to wszystko" — mówi — „przyjechałam, aby się wyleczyć..."

Narzeka na „rozstrój nerwowy, słabość nóg, neuralgje": na pytania nie odpowiada, milczy uporczywie, wzdycha, chwilami głęboko. Przeczy, jakoby miała halucynacje słuchowe lub wzrokowe.

Dyskusja.

W przypadku 1) p. Piotrowski wskazuje na objawy hypochondryczne (M. St. uważa, że jest wewnętrznie ciężko chora — badanie dało wynik ujemny), na urojenia prześladowcze w postaci hypnozy, na depresję. Chodzi tu o psychozę paranoidalną; przeciw paranoi przemawia brak systemu w urojeniach, zależność urojeń od halucynacji, przeciwko schizofrenji paranoidalnej przemawia okoliczność, że osobowość psychiczna pacjentki jest zachowana. Obraz kliniczny odpowiada ze względu na wiek badanej, na rozwój i charakter choroby, na zależność urojeń od halucynacji, na zachowanie osobowości psychicznej, raczej postaci parafrenicznej, stan

depresji jest objawem wtórnym i tłumaczy się smutną treścią halucynacji.

W przypadku 2) mówca ze względu na poronienia, neuralgje, wiek i stan pomieszania, oraz wygląd chorej, przemawia za psychozą luetyczną i poleca badanie płynu mózgowo — rdzeniowego, oraz krwi pacj na odczyn Wassermanna.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance

w dniu 2. VII. 1929. r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: J. SKONIECZKA.

I. Pan Gorzkowski przedstawia: 1) podsądnego R. St., lat 29, czeladnika piekarskiego. Matka badanego jest nerwowa, brat matki pijakiem, inny brat usiłował popełnić samobójstwo. Podsądny ukończył szkołę powszechną. W rachunkach był tępy. W 18 r. życia miał rzeżączkę, w wieku lat 25, przechodził zapalenie mózgu. Choroba trwała 6 tygodni. Od tego czasu R. bardzo się zmienił, miał wzmożony pociąg do kobiet, onanizował się 2-3 razy dziennie, był lękliwy, stracił pamięć, w nocy źle sypiał. Mając lat 27, ożenił się, pożycie małżeńskie było drażliwe, kłótliwe. Pewnego razu udał się do kościoła, rozbił skarbonkę z pieniędzmi, został przychwycony i zaaresztowany, i po kilkodniowym pobycie w areszcie śledczym, odesłany do zakładu psychjatrycznego na zbadanie poczytalności.

Głowa badanego jest mała, twarz o wygładzonych fałdach i mimice skąpej; badany mówi więcej prawą stroną ust. Odruchy ścięgniste są nader żwawe, odruchów patologicznych brak. R. naogół jest zorjentowany w czasie, miejscu i sytuacji, spokojny, obcuje chętnie z otoczeniem. Pamięć i funkcje intelektualne są osłabione. R. chwilami denerwuje się, że za „głupią kradzież“ tyle musi cierpieć; przyznaje, że ochoty do pracy niema, woli łazęgować, wyższych zainteresowań nie wykazuje; jego sąd na zjawiska życia codziennego jest płytki, powierzchowny: badany nie przejmuje się niczem. Trapi się jedynie tem, że niema pieniędzy na papierosy. Opowiada, że kiedy miewał pieniądze, to je stracił, przegrał w karty.

Czyn swój przedstawia w sposób następujący: wracając od teścia z żoną, znalazł na drodze kawałek podkowy i fakt ten uznał, jako zapowiedź szczęścia. Potem wstąpił do kościoła, by podziękować Panu Bogu za pogodzenie się z rodziną. Po modlitwie

„zamroczyło“ go. Podsądny określa to tak: „dostałem zaćmienia głowy, przyszła mi taka złodziejska myśl, by rozbić skarbonkę, nie miałem żadnych pieniędzy i za zdobyte pieniądze chciałem razem z żoną jechać do Wrześni“. Znalezioną podkową R. podważył drzwiczki skarbonki i wybrał z niej pieniądze (3.50 zł.), które włożył do kieszeni. Usiłował rozbić drugą skarbonkę, ale zadaniu temu nie podołał.

Idąc do kościoła nie miał zamiaru popełnić kradzieży. Podczas dokonywania jej zdawał sobie sprawę, że źle robi, myślał, że Bóg może go zato ukarać, ale bieda skłoniła go do popełnienia tego czynu. R. jest zdania, że świętokractwa nie popełnił, skarbonki bowiem nie wziął, a pieniądze nie były poświęcone. Na pytanie, czy podczas dokonywania kradzieży przyszło mu na myśl, że popełnia przestępstwo, odpowiada, że nie. Obecnie jednak świadom jest tego, że dopuścił się przestępstwa. Pragnie być uznany za umysłowo chorego, nie chce bowiem karą więzienną ojcu robić wstydu.

II P. Wilczyński przedstawia pacjenta 2) Ł. M., lat 34; dziadek jego był umysłowo chory, matka jest nerwowa, Ł. w dziecięctwie przechodził dyfterję, szkarlatynę i odrę, w późniejszym wieku tyfus, oraz dwa razy leczył się na rzeżączkę. Do kiły nie przyznaje się. Umysłowo rozwijał się nieco wolno, był tępy w matematyce. Osiągnął najwyższą klasę gimnazjalną, matury jednak nie złożył. Od lat dziecięcych skłonny jest do wybuchów afektywnych niekiedy wymyślał na otoczenie, rzucał przedmioty na ziemię. Żona jego miała jeden poród przedwczesny w 8 miesiącu ciąży. Dziecko żyło 3 miesiące. Ł., z powodu stanu rozdrażnienia i usiłowanego samobójstwa oddany został w opiekę zakładową.

Ł. jest bardzo dobrze odżywiony, źrenice reagują leniwie, lewa brózda nosowo-wargowa jest wygładzona, twarz bez wyrazu, jakby z wosku. Odruchy kolanowe są wzmożone, Achillesowych brak, chód jest nieco ataktyczny.

Badany orjentuje się w czasie, miejscu i sytuacji, ma dobrą pamięć, mówi, że jest chory na nerwy i pragnie być w tym kierunku leczony. Zapytany o dolegliwości, skarży się na bóle koło serca, swędzenie skóry; moczu na przeciąg dłuższego czasu utrzymać nie może. Niekiedy miewa lęki przed śmiercią, wciąż obserwuje stan swego zdrowia, wymienia lekarzy rozmaitych, u których się leczył, na najrozmaitsze choroby. Pewnego razu Ł. idąc wraz ze swym krewnym ulicą, nagle położył się na szyny tramwajowe.

Obecnie wyjaśnia, że nie nosił się wcale z zamiarem samobójczym, gdyż kocha życie, ale usiłowanem samobójstwem chciał bliskich swoich skłonić do dokładniejszego zajęcia się jego zdrowiem. Pragnął, by go oddano do jakiegoś zakładu leczniczego. Pozatem miał liczne kłopoty, mówi, że służba go okradała, i t. p. Pacjent jest chwilami wybuchowy, czasami tkliwy, „wrogów nie ma", bliskich swoich kocha, lubi wesołe towarzystwo, alkoholu używa tylko „pod przymusem". Podczas mówienia badany urywa zdanie, skanduje.

Dyskusja

Pan Gawroński wypowiada zdanie, że u pacjenta Ł. wchodzi w rachubę ewtl. psychopatja wrodzona. Pan Ksok wskazuje na symulowanie zamiaru samobójczego pacjenta Ł. i zapytuje się, czy moment ten nie wskazuje na histerję. P. Piotrowski zwraca uwagę na następujące szczegóły, Ł. mówi więcej prawą stroną ust, ma twarz bez wyrazu, jakby z wosku, mimikę mało wyrazistą, leniwą reakcję źrenic, funkcje syntetyczne osłabione, nastawienie nastroju euforyczne. Powyższe dane i wątpliwy wynik odczynu Wassermanna wskazują na początkowy okres paraliżu postępującego. Objawy te są charakterystyczne dla schorzenia organicznego, jeden objaw histeryczny nie zdoła przesądzić rozpoznania choroby w kierunku histerji. W razie odrzucenia koncepcji zachorzenia organicznego w postaci porażenia postępującego, obraz chorobowy badanego Ł. najwięcej przemawiałby za psychopatją emocjonalną wrodzoną.

Pacjent R. St. nie wykazywał podczas obserwacji psychjatrycznej żadnych objawów psychotycznych i ostrych, ani przewlekłych: umysłowość jego jest ograniczona i to, z powodu przebytego zapalenia mózgu w młodości. Osłabienie pamięci i hyperseksualizm są następstwami przebytej choroby mózgu. Upośledzenie to nie jest jednak tak ciężkie, aby wykluczało wolną wolę podsądnego, natomiast jest dość znaczne, aby wolę osłabić. Z tego powodu poczytalność jego jest zmniejszona.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance

w dniu 9. VII. 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. JESIONOWSKI.

P. Wilczyński przedstawia 1) podsądnego M. W., lat. 40. M. wykazuje normalną budowę ciała; dziedzicznie nie obarczony.

Osadzony w więzieniu z powodu defraudacji, zachowywał się w ostatnim czasie opacznie, więc odstawiono go do zakładu, celem obserwacji sądowo-psychjatrycznej.

Źrenice są wąskie, okrągłe, prawa reaguje prawidłowo na światło i zbieżność, lewa jest nieco mniejsza od prawej, reaguje bardzo słabo na światło, niewyraźnie na zbieżność. Odruchy kolanowe żywe, achillesowych odruchów nie można wywołać. W pozycji Romberga badany się chwieje; siedzi z pochyloną głową, ręce ma założone, wyraz twarzy smutny. Kiedy się urodził, nie pamięta. Ile ma lat nie wie. Podaje, że przeszedł ostatnią klasę gimnazjum, gdzie uczył się obcych języków, n. p. łaciny, później studjował rzekomo teologję. Bliższych szczegółów, tyczących, jego studjów, nie pamięta. „Tyle lat temu". Podaje, iż przybył do Zakładu z klasztoru, gdzie był przeorem (zamiast z więzienia). Wystąpił z klasztoru, ponieważ życie mu się tam nie podobało. Nic nie chce o tem wiedzieć, że jest posądzony o defraudację i że przybył z więzienia do zakładu. „To nieprawda". Chce wrócić zpowrotem do „klasztoru", czuje się zupełnie zdrów. Podpowiedzianych liczb nie pamięta dokładnie; przy próbie powtarzania liczb (3, 7, 5,) okazuje się, iż badany symuluje.

Następnie p. Wilczyński przedstawia 2) czeladnika piekarskiego B. W., lat 30. Rodzice jego żyją, ojciec jest pijakiem. Badany we wojnie światowej w r. 1917 na froncie francuskim otrzymał ranę w głowę w okolicy kości potylicznej, po której wykazuje bliznę wielkości 2-groszówki. Od tego czasu choruje „na nerwy". Miał drżenie ciała, oraz częste zawroty głowy. Od innych dowiedział się, iż miał „jakieś ataki". Przed kilku miesiącami stan jego znacznie się pogorszył tak, że uznano za konieczne oddać go w opiekę zakładową. (Znajduje się w Zakładzie od 27 II. 1929). Pacjent, o silnej budowie ciała, prosi o zwolnienie go ze Zakładu, chce wrócić do rodziny, żal mu jego dzieci. Czuje się już teraz zupełnie zdrowy, zawrotu głowy, drżenia ciała dolegliwości już nie odczuwa, nie ma halucynacyj ani słuchowych, ani wzrokowych.

Następnie p. Wilczyński przedstawia 3) rolnika R. J. lat 38, o wątłej budowie ciała. Matka jego jest umysłowo chorą. R „uczył się w seminarjum na księdza", wojna mu naukę przerwała, po wojnie wrócił do szkoły, ale w 1920 r. musiał" ją opuścić. Od tego czasu już „bardzo" dużo się modlił, był „bardzo" smutny. Wciąż myślał tylko o świętych Pańskich, jedną dziewczynę ze wsi uważał „za Matkę Boską", modlił się do niej i padł przed nią na kola-

na, gdy ją spotkał. Wciąż powtarzał, iż jest grzesznym. W ostatnim czasie chciał się zarżnąć brzytwą, podpalić łóżko, w celach samobójczych, zabić matkę. Chory daje odpowiedzi krótkie, oświadcza, że niechętnie daje się wypytywać, gdyż życzy sobie, by wszystko pozostało w tajemnicy. Na pytania dlaczego chciał odebrać sobie życie, zabić matkę, odpowiada poprostu stereotypowo „było - minęło". Żąda natomiast zwolnienia ze Zakładu, ponieważ czuje się już zdrowy, chce objąć jakąś posadę biurową, nawet w Zakładzie samym. Zachęcony, by opowiadał coś z przeżycia swego, n. p. w jakich okolicach znajdował się na froncie francuskim, daje do zrozumienia, że nie chce nic zdradzić: „było-minęło".

Dyskusja.

W 1) przypadku p. Piotrowski, mimo stwierdzonej symulacji u badanego, poleca przeprowadzić badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi, ponieważ objawy neurologiczne, jak nierówność źrenic, słabsza reakcja lewej źrenicy od prawej na światło, wiek pacjenta, indolencja fizyczna (Romberg, arefleksja) i psychiczna przemawiają za paraliżem postępującym, w początkowym okresie z osłabioną wolą, a więc ze zmniejszoną odpowiedzialnością. W przypadku 2) zarządza się zwolnienie pacjenta, który cierpiał na nerwicę urazową, ze Zakładu, ponieważ stan jego podczas pobytu w Zakładzie znacznie się polepszył. W przypadku 3) uważa się dalszy pobyt chorego, cierpiącego na schizofrenję, w Zakładzie za wskazany, celem uchronienia go przed szkodliwościami życia zewnętrznego ze względu na jego ostre objawy psychotyczne, które jeszcze występują z nasileniem, aczkolwiek zmiennem.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 12. VII. 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. JESIONOWSKI.

I. P. Gawroński przedstawia 1) wdowę R. R., lat 36. Siostra jej jest umysłowo chorą. W 14-tym roku życia R. dostała pierwszy perjod, w 15-tym roku życia przeszła operację gruczołu tarczowego. W 24-tym roku życia wyszła zamąż, miała dwoje dzieci; jedno zmarło w 3-cim miesiącu, potem nastąpiło poronienie w 1-ym; drugie dziecko zmarło w wieku lat 15 w zakładzie wychowawczym. Od chwili śmierci ojca R. słyszała głosy, które kazały

jej jeździć do różnych miejsc i osób, gdzie petentka dopraszała się o pasadę lub mieszkanie, i dziwiła się, że podróże jej były bezcelowe, podniecała się coraz bardziej, chwilami była gwałtowna, tak, że w dniu 17. 7. 23 oddano ją w opiekę zakładową. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi na odczyn Wassermanna dały wyniki ujemne. W grudniu 27 r, R. została zwolniona w stanie wyleczenia; w lipcu 29 r. przybyła powtórnie do zakładu.

Poza brakiem odruchu gardłowego niema objawów somato-patologicznych. Nastrój badanej jest wesoły. Życie w Zakładzie podoba jej się „mimo, że jest to gospoda obca".

R. orjentuje się źle w czasie, ma pamięć osłabioną, wykazuje skłonności do kwerulowania, wypowiada dziwaczne urojenia, np., że Zakład winien jej jest kilka tysięcy złotych za pracę i dodaje: „Po te pieniądze właśnie przybyłam do D".

II. Następnie p. Świerczek przedstawia 2) mężatkę S. F., lat 27. S. w młodości nigdy nie chorowała poważnie, była jednak zawsze trochę lękliwą i nerwową. W szkole uczyła się dostatecznie. Wyszła zamąż w 21-ym roku życia. Od tego czasu okazywała objawy choroby psychicznej. Pożycie małżeńskie było niezgodne. S podejrzewała męża o zdradę, twierdziła „niesłusznie", że mężowi podobają się inne kobiety, dlatego chce ją zgładzić z tego świata; odgrażała się, że go zastrzeli, miewała liczne urojenia prześladowcze; gdy je wypowiadała, trzęsła się ze złości. Miała czworo dzieci, które chorowały na wyrzuty na skórze, na czkawkę i katar i zmarły w pierwszych miesiącach życia. R. słyszy rozkazy od Józefa Piłsudskiego.

U badanej stwierdza się ogólne drżenie mięśni twarzowych, asymetrję twarzy; badana mówi więcej lewą stroną ust, niż prawą, ma słabą pamięć i nie orjentuje się — „czuje", że głowa jej jest elektryzowana, że polskie kinematografy nadają jej rozmaite myśli. Przez telefon otrzymała nakaz, by stłukła szyby. Paradygmatów nie umie powtórzyć.

Dyskusja.

P. Piotrowski zaleca przeprowadzenie badań serologicznych w obu przypadkach, gdyż obie niewiasty wykazują objawy występujące u osób z organiczną chorobą mózgu. Objawy te są: dezorjentacja, słaba pamięć, euforja, urojenia wywyższenia, osłabiony krytycyzm, zaburzenia wymowy, porażenie mięśni twarzowych (2), poronienia, śmiertelność niemowląt, które miały wyrzuty na skórze.

Momenty te wskazują na luetyczne podłoże zachorzenia psychicznego badanych.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance.

w dniu 19. VIII. 1929.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz p. JESIONOWSKI.

P. Wilczyński przedstawia podsądnego M. W., lat 51 skarbnika Magistratu. Magistrat we wrześniu 1927 roku wystosował przeciw M. wniosek do Prokuratury Sądu Okręgowego w B. o wdrożenie postępowania karnego, ponieważ jako urzędnik komunalny M. dopuścił się w latach 1924, 25, 26 i 27 sprzeniewierzeń wobec Magistratu i podatników. Na skutek tego wniosku M. został zaaresztowany i przebywał we więzieniu śledczym od dnia 19. 5. 29. do 4. 7. 29 r. Z powodu orzeczenia dwóch lekarzy o jego stanie psychicznym odstawiono aresztanta w dniu 4. 7. 29. do D. celem obserwacji sądowo-psychjatrycznej.

Dziedzicznie badany nie jest obarczony. Budowa ciała prawidłowa, odżywienie dobre. Płuca i narządy jamy brzusznej bez zmian. II-gi ton nad tętnicą główną zaakcentowany. Źrenice wąskie, okrągłe, lewa mniejsza od prawej reaguje opieszale na światło; niewyraźna reakcja źrenic na zbieżność. Drobnofaliste drżenie języka i prawej połowy wargi górnej. Romberg zaznaczony, odruchy kolanowe wzmożone, odruchów ścięgna Achillesa brak. Ciśnienie krwi 180/150 Hg. W płynie mózgowo - rdzeniowym wzmożona ilość białka.

M. siedzi z pochyloną głową, z rękami założonemi, wzdycha od czasu do czasu, ma smutny wyraz twarzy, podaje, że nie wie, gdzie się obecnie znajduje, nie pamięta, czy chodził do szkoły „bo żyje 70 lat, chce wrócić do swego klasztoru“ (więzienia) twierdzi, że obecnie jest rok 1928-my, nie wie tygodnia ani miesiąca, na wspomnienie o żonie wywija rękami i woła: „Ja chcę być samotnym, niech ich jeszcze pioruny pobiją“. Trudniejszych wyrazów nie umie wymawiać. Rachunki nawet najłatwiejsze, wykonuje źle niepowtarza nawet liczb 3, 2, 1. Dopiero na skutek uwagi, że symulacja na nic mu się nie przyda, a może raczej zaszkodzić, badany zachowuje się poprawnie i daje odpowiedzi rzeczowe. Żona badanego podała do wywiadu, że mąż jej w ostatnich latach zapominał, szybko się męczył, pracował długo, bo nie mógł podołać obowiązkom, pracował nieregularnie. Żona kilka razy roniła.

Dyskusja.

P. Piotrowski wskazuje na usiłowanie badanego symulowania choroby psychicznej. Kto nie umie powtórzyć trzech pojedyńczych liczb, jest albo nieprzytomny albo tak pomieszany, że nie rozumie pytania lub jest dementywny we wysokim stopniu. Badany nie jest ani nieprzytomny, ani pomieszany, ani zupełnie otępiały, więc albo nie chce powtórzyć liczb, albo udaje ciężkie zachorzenie psychiczne. U M. wchodzi w rachubę tylko ostatnia alternatywa t. zn. symulacja. Jednakże objawy cielesne i psychiczne o charakterze chorobowym, jak niejednakowe oddziaływanie źrenic na światło — lewa źrenica jest mniejsza i reaguje opieszale na światło — drobnofaliste drżenie języka i górnej wargi podczas mówienia, zaburzenia równowagi statycznej (Romberg dodatni), wzmożenie odruchów kolanowych i brak odruchów ścięgien Achillesa, zaakcentowanie II-go tonu nad tętnicą główną, zwiększona ilość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym, wzmożone ciśnienie krwi, niezdolność prawidłowej wymowy trudniejszych wyrazów, częstokrotne ronienia jego żony, to wszystko razem tworzy zespół objawowy, wskazujący na organiczne zachorzenie mózgu w postaci paraliżu postępującego w okresie początkowym. Paraliż postępujący nie powstaje nagle, przez noc, lecz rozwija się powoli, w ciągu lat. Przy uwzględnieniu wiarygodnych wywiadów od żony M., która podała, że mąż jej w ostatnich latach zapominał, męczył się szybko, nie mógł podołać w pracy, pracował nieregularnie, należy przyjąć, że M. choruje już od 1924 r.; a więc cierpiał na paraliż postępujący w czasie krytycznym. Badany znajduje się w początkowym okresie choroby, która jeszcze nie wyrządziła daleko posuniętych spustoszeń w organiźmie. Władze psychiczne jego są wprawdzie osłabione, atoli nie zniszczone do tego stopnia, aby wolna wola była wykluczona. Wolna wola jest tu tylko osłabiona. Gdyby prawo uznawało zmniejszoną poczytalność, należałoby badanego podporządkować pod pojęcie zmniejszonej poczytalności.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 20. VIII. 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. JESIONOWSKI.

P. Wilczyński przedstawia lekarza J. K., lat 43, rzym. kat., dziedzicznie nieobarczonego. W szkole J. K. uczył się dobrze, w r. 1907

i 1908 chorował na grypę. Żonaty 17 lat, ma dzieci zdrowe. Od 1927 r. zaczął brać morfinę w małych dawkach, z tej przyczyny przebywał przez kilka tygodni w zakładzie psychjatrycznym w r. 1923. Później rzekomo nie używał narkotyku. Dopiero przed rokiem wskutek przemęczenia zaczął znowu brać morfinę i kokainę. W ostatnich dniach przed przyjęciem do zakładu, po spożyciu alkoholu popadł w stan rozdrażnienia wśród dezorjentacji i utraty przytomności. Alkoholu używał rzekomo z przerwami, nie nałogowo.

Budowa ciała wątła. Habitus asthenicus. Prawa źrenica mniej żwawo reaguje na światło, niż lewa. Odruchy spojówkowe, gardłowy zachowane, kolanowe prawidłowe, odruchy ścięgien Achillesa nie wywołalne. Patologicznych odruchów brak.

Badany orjentuje się w czasie, miejscu, otoczeniu. Podaje, iż przykre myśli, nadmiar pracy, kłopoty finansowe, nakłoniły go do używania narkotyku. Mimo, że był lekarzem, nie potrafił się oprzeć nałogowi, chociaż był świadom, iż musi dbać o swoją rodzinę. Stosunek z kobietami miewał rzekomo rzadko, zaprzecza możliwość zakażenia się kiłą. Na pytanie, co go gnębi, odpowiada, że nic go nie gnębi i dodaje: „Czułem się na wypoczynku, a teraz męczyć się muszę, bo cierpię na newralgję, bronchit, ischias. Jest to przeznaczenie, zbieg okoliczności, że znajduję się w D., zachodzą tu kwestje polityczne... zabraniają mi tu mówić; dużo szkody przez to miałem; broniłem Piłsudskiego; miałem styczność z Dmowskim, Korfantym, Stahlhelmem; nie chcę nikomu przez zdradę szkodzić, dlatego właśnie jestem w D.; dla własnego bezpieczeństwa; dla mnie najlepiej tu zostać ad calendas graecas, nie potrzebuję wtedy pracować“. Na badanie płynu mózgowo-rdzeniowego K. nie godzi się. K. był już w innych zakładach, gdzie rozpoznano schizofrenję, morfinizm.

Dyskusja.

P. Piotrowski stwierdza, że stosunek K. do świata jest inny, niż u człowieka psychicznie zdrowego; konkretnych odpowiedzi badany nie daje; myśli swych nie chce wypowiedzieć, dyssymuluje (jako lekarz!). Uderza nieufność jego i wyniosłość. K. ma wygórowane mniemanie o sobie, labilny afekt, osobowość zachowaną. Do używania narkotyku skłoniły chorego prawdopodobnie newralgje (syphylis). Mówca poleca przeprowadzić badanie płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi na odczyn Wassermanna. Ze względu na euforję badanego, który nie ma żadnych poważnych dążności i zain-

teresowań i jest obojętny na swoje położenie, nie troszczy się o rodzinę, o żonę, o córki, któremu chodzi tylko o to, aby miał wygodę, co jeść i pić, który nie okazuje żadnej energji i inicjatywy, żadnej woli, nie wypowiada rzeczowych argumentów i przyjmuje każde wypowiedzenie bezkrytycznie, jako coś ostatecznego, który wykazuje pewien stopień otępienia, p. Piotrowski przyjmuje u badanego stan paranoidalny w początkowym okresie paraliżu postępującego.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance

w dniu 30. sierpnia 1929 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. JESIONOWSKI.

I. P. Gawroński przedstawia pannę Ł. M., lat 30, wyznania mojżeszowego, psychicznie nie obarczoną. Poród normalny. W dzieciństwie Ł. żadnych chorób nie przechodziła, menses miała od 14 roku, rozwijała się dobrze. Do szkoły chodziła 6 lat, była więcej pilną, niż zdolną. Pierwsze objawy choroby psychicznej od paru lat; Ł. widziała wszystko w zmiennych kolorach, była bardzo wstydliwa, brzydziła się wszystkiem, miała halucynacje wzrokowe, zamiary samobójcze, silne lęki, obawiała się, że ją zagrzebią, każde jedzenie polewała wodą. Dnia 7. IX. 1927 oddano ją poraz pierwszy do D. W marcu 1928 r. została zwolniona w stanie polepszenia. W czerwcu 1928 r. przybyła poraz drugi do Zakładu, w listopadzie tego samego roku została zwolniona w stanie niezmienionym. Trzecie przyjęcie do Zakładu nastąpiło w styczniu 1929 r. Ł. miała lęki, halucynacje wzrokowe, obawiała się, że ją okradają, na ulicy czuła się krytykowaną przez wszystkich. Budowa ciała silna. Neurologicznie bez zmian patologicznych.

Ł. jest bardzo ruchliwa, zbiera szmatki, całuje ściany, bierze wszystko do ust, wybucha śmiechem bez powodu, czasami zachowuje się kokieteryjnie, mówi dużo do siebie: „ja nie mogę... to nie możliwe...". Chwilami odpowiada do rzeczy, czasami śmiesznie, lub nie reaguje wcale na zapytania.

II. Następnie p. Gorzkowski przedstawia pannę E. Kr., lat 40. Babka jej była umysłowo chora. Kr. rozwijała się normalnie, w szkole uczyła się doskonale, nie chorowała. Później pomagała w gospodarstwie rolnem. Pierwsze objawy choroby umysłowej od r. 1923. W 35 roku życia swego Kr. została prześwietlona Roentgenem, z powodu dolegliwości menstruacyjnych. Od tej chwili wy-

stąpiły objawy zaburzenia psychicznego. Kr. czuła się prześladowaną, czasami wpadała w furję, wyganiała domowników z domu, uderzała w twarz krewnych, uważała się za królowę, właścicielkę zamku w Berlinie, wyrażała się pogardliwie o Bogu. W kwietniu 1929 r. oddano ją do Zakładu tutejszego.

Budowa ciała silna, odżywienie dobre, strabismus divergens. Pacjentka jest pewna siebie, na badanie oczu i odruchów nie pozwala, uśmiechnięta mówi: „Trzeba zawsze być wesołą". Na pytania odpowiada przeważnie ironicznie: „Pytajcie panowie tych, którzy mnie tu przywieźli, dlaczego przybyłam do zakładu..." „Gdzie mieszkam, niedaleko, niech p. Dr. tam pojedzie i się poinformuje, kiedy jest tak ciekawy... Ile mam lat? urodziłam się wczoraj..." Na prośbę, by nie utrudniała badania lekarzowi, pacjentka żąda świadectw lekarskich. Podczas badania często wybucha śmiechem bez powodu. „Zostanę całe miesiące w Zakładzie, jeżeli dacie mi porządne żarcie" (Fressen).

Dyskusja.

P. Bielawski stwierdza u badanej Ł. niedorozwój umysłowy. P. Piotrowski wskazuje na jej ruchliwość, głośne zachowanie się, gonitwę myśli. Ł. mówi przekonywująco, z pewną celowością, kontakt z nią jest możliwy; nie ma rozpadłej osobowości. Uwzględniając oligofreniczne podłoże badanej, schizowaty charakter objawów psychotycznych i manjakalne podniecenie, mówca kwalifikuje psychozę badanej Ł jako schizomanję. W przypadku 2) p. Piotrowski wskazuje na stan euforyczny badanej, na jej głupkowatą argumentację, oraz skłonności do niestosownych dowcipów. Afektywność jest nadzwyczaj labilna. Demencja, labilność afektywna, pewien stopień dezorjentacji, zaburzenia pamięciowe, wskazują w kierunku zachorzenia organicznego (paraliż postępujący). Mówca zaleca zbadać płyn mózgowo - rdzeniowy i krew na odczyn Wassermanna.

Wspomnienie pośmiertne.

J. Babiński (1857 — 1932).

W dniu 29. października 1932 r. zakończył żywot jeden z najwybitniejszych neurologów ostatniej generacji, ś. p. J. Babiński, w 75-tym roku życia. Była to jednostka o wysokich walorach osobistych. Umysł jasny, bystry, wnikliwy, pracowity, wydobywał

z obserwacji, systematycznych badań, oraz doświadczeń naukowych, własnych i cudzych, cenne wartości djagnostyczne. Światło swojej wiedzy rozrzucał hojnie na wszystkie strony.

Babiński urodził się w Paryżu w r. 1857. Rodziców stracił wcześnie. Studja medyczne ukończył w r. 1879. Służbę wojskową odbył w Lille. W r. 1885 zdał doktorat medyczny na podstawie dysertacji o stwardnieniu rozsianem. Pod wpływem Charcota poświęcił się neurologji. W r. 1890 został mianowany ordynatorem szpitalnym, a w r. 1914 powołany na członka Akademji Medycznej.

Babiński opisał cały szereg objawów neurologicznych, jak odruchy okostno - ścięgniste, objaw prostownika palucha, występujący w zachorzeniach organicznych ośrodkowego systemu nerwowego. Odruch ten jest ogólnie znany jako „objaw Babińskiego".

W r. 1900 Babiński zwrócił uwagę fachowców na objawy motoryczne w postaci wzmożenia odruchów obronnych w zaburzeniach dróg piramidowych, w zachorzeniach móżdżka i skoordynowanych z nim narządach, w porażeniu połowicznem, wskazał na związek przyczynowy między chorobowemi zmianami organicznemi i funkcjonalnemi w źrenicach a kiłą.

Przedewszystkiem na wyszczególnienie zasługują jego poglądy na histerję, które wywarły znamienny wpływ na zapatrywania neurologów w tej materji. Autor określił hysterję jako stan patologiczny, przejawiający się zboczeniami funkcjonalnemi, dającemi się z jednej strony dokładnie powtórzyć u pewnych predysponowanych osób drogą sugestji, a z drugiej strony usunąć za pomocą perswazji.

Wybitne miejsce zajmował Babiński jako terapeuta; jest on autorem różnych sposobów leczenia, jak leczenie wiądu rdzenia prolongowanem stosowaniem Hg, leczenie choroby Basedowa salicylatami, podawanie skopolaminy w chorei Sydenhama i w parkinsoniźmie, leczenie zawrotów, neurytydów optycznych, rwy kulszowej.

Babiński był gorącym zwolennikiem i propagatorem neurochirurgji i jako świadomy celu badacz i djagnosta nowotworów mózgu i rdzenia, położył duże zasługi około rozwoju neurochirurgji.

Umarł mąż zasłużony, który pozostawił w spadku bogatą spuściznę odkryć, które imię jego stale będą przypominać następnym generacjom.

Al. Piotrowski. Dziekanka.

STRESZCZENIA I OCENY.

Prof. V. M. BUSCAINO. Componenti enterogene della demenza precoce. (Bulletono trimestrale schizofrenie del Primo Centro Provinciale di studio della Demenza precoce, Turino, Baravalle e Falconiatr. 1932). (Składniki wewnątrzpochodne otępienia wczesnego).

Autor w swojej rozprawie wymienia dane kliniczne, które wykazują, że zboczenia w czynnościach żołądkowo-jelitowych u schizofreników nie są powikłaniami, występującemi w późniejszym okresie, lub w końcu choroby, tem mniej są one wyrazem t. zw. „disenterji szpitalnej"; są one zjawiskiem, które towarzyszy innym objawom chorobowym i wspólnie z temi symptomami zjawiają się na początku cierpienia, albo poprzedzają chorobę o lata całe. Wspomniane odchylenia w czynnościach żołądkowo-jelitowych są następstwem w dużej części zmian ilościowych i jakościowych flory jelitowej.

Fakty te potwierdzają na nowo teorję o toksyczno - aminoenterycznej genezie psychozy.

Streścił: AL. PIOTROWSKI — Dziekanka.

Ks. PAWEŁ SIWEK: T. J. Metody badań zjawisk nadprzyrodzonych. Problem Konnersreuth. Wydawnictwo Księży Jezuitów Kraków 1933.

Jest to odpowiedź na krytykę książki, omówionej przez nas w Nowinach Psychjatrycznych, rok IX 1932, str. 90 „Konnersreuth w świetle nauki i religji", skierowana do autora krytyki w Ateneum Kapłańskiem, Ks. Arcybiskupa Teodorowicza. W obronie swej korzysta autor z dzieła Benedykta IV „De Servorum Dei beatificatione et Beatorum canonisatione".

Nowa ta książka odznacza się tą samą ścisłością i sumiennością, jaka znamionowała pierwszą. Układ i treść jest podobna, metoda ta sama. Metoda naraziła autora na zarzut ze strony Arcybiskupa, że „wyolbrzymiał pierwiastek psychofizjologiczny na niekorzyść pierwiastka mistycznego".

Mimo to autor stara się „zlikwidować nieporozumienie z Ks. Arcyb. Teodorowiczem" i kończy swoje „Domówienie" słowami „Kościół Boga żywego jest kolumną i fundamentem prawdy".

Treść nowej książki Ks. Pawła Siwka, nie wyczerpuje w całej pełni problemów podanych w tytułach „Metody Badań Zjawisk Nadprzyrodzonych“ „Problem Konnersreuth“. Choć tytuł pierwszy określa ściśle cały szereg przyczynków, to tytuł „Problem Konnersreuth“ zapowiada więcej od tego, co książka rzeczywiście podała.

Dr. med. Dr. phil. K. WIZE—Dziekanka.

Sur un cas de paralysie générale à évolution continuée et prolongée (22 ans) par P. Lôo et A. Donnadieu (Annales Médico-Psychologiques, décembre 1931).

Na wstępie rozprawy znajduje się krótki przegląd literatury francuskiej do przedmiotu. Przypadek autorów dotyczy chorej, która w 33 roku życia została przyjęta do zakładu jako paralityczka i była odtąd w obserwacji przez 22 lata.

Rozpoznanie zostało ustalone zarówno przez badanie kliniczne i serologiczne, jak i autopsję. W omawianym przypadku brak było zupełnego zniesienia reakcji źrenic. Swym charakterem progresywnym odróżnia się przypadek ten wedle autorów od większości opisanych, które wykazywały zwykle wyraźne remisje. Autorzy opierają się tylko na piśmiennictwie francuskiem.

Dr. STANISŁAW ŚWIERCZEK — Dziekanka.

Femmes enceintes paralytiques générales ou syphilitiques traitées par la Malaria, par Leroy et Médakovitch. (Annales Médico-Psychologiques, janvier 1932, séance du 14 janvier 1932).

Po przytoczeniu pewnych wzmianek do przedmiotu z literatury francuskiej, podają autorzy następnie opis przypadku 32 letniej pacjentki, przyjętej 8. X. 1931 do szpitala Sainte-Anne, u której od 2-3 miesięcy nastąpiło stopniowe pogorszenie. Obserwacja wykazała wyraźną dyzartrję, brak reakcji źrenic, stany okresowe podniecenia i depresji, zmiany płynu mózg.-rdzen., oraz ciążę 5-6 miesięczną. Zakaziła się luesem w 1918 r. przebyła leczenie specyficzne kilkakrotne, Wassermann krwi mimo to prawie stale dodatni. Pacjentka przebyła 8 napadów malarji leczniczej 40-41^0 w szpitalu Sainte-Anne. W niecały miesiąc potem normalny poród, dziecko normalne z ujemnym Wassermannem. Pacjentka przebyła następnie stan lękowy.

Opierając się na wzmiankach w literaturze (Kyrle, Inhelder, Adam, Blacklock i Gordon, Sanz), twierdzą autorzy, że leczenie

specyficzne, zwłaszcza arsenowe luetyczek w ciąży, obniżyło znacznie śmiertelność dzieci, a ponieważ istnieją przypadki resystentne, polecają stosowanie malarji u ciężarnych luetyczek.

Dr. STANISŁAW ŚWIERCZEK - Dziekanka.

„Apparition de gommes de la langue chez un paralytique général impaludé", par Laignel - Lavastine, Boquien et Puymartin. (Annales Médico — Psychologiques, janvier 1932, séance du 25 janvier 1932).

Pacjent, lat 40, o ostrym początku choroby, wykazujący liczne urojenia wielkościowe, dyzartrję, nieznaczne drżenie języka i warg, nierówność źrenic bez zaburzeń ich reakcji na światło, wreszcie dodatni odczyn Wassermanna krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego. Po drugim napadzie zimnicy leczniczej, wytworzył się kilak języka, a w 5 dni po przerwaniu malarji drugi kilak. Oba kilaki wytworzyły poprzez stadjum owrzodzenia zbliznowacenie. Po leczeniu zimniczem znaczna poprawa stanu psychicznego. Autorzy przytaczają następnie podobne obserwacje (Markuszewicz, Schulze, Pfeiffer, Kirchbaum, Gerstmann, Wagner - Jauregg, Leroy i Médakovitch) aprobując i określenie (Dujardin,) zjawiska jako przemianę syfilisu analergicznego w alergiczny.

Dr. ST. ŚWIERCZEK — Dziekanka.

„Éruption de Zona au cours d'une paralysie générale impaludée", par Laignel - Lavastine, Boquien et Puymartin. (Annales Médico - Psychologiques, janvier 1932, séance du 25 janvier 1932).

Pacjentka, mająca lat 40, chora od 18 miesięcy; źrenice równe lewa nie reaguje, prawa reaguje leniwie na światło, odruchy ścięgniste bez zmian, brak drżenia rąk, języka i warg, nieznaczna dyzartrja. Badanie psychiczne wykazało ogólne obniżenie poziomu intelektualnego, drażliwość i dziwaczność. Płyn m.-rdz.: limfocyty 50, białko 0,60, Wassermann +++; Wassermann krwi +++. Dopuszczono 11 napadów malarji leczniczej, po 9 napadzie wystąpił herpes zoster, w obrębie D5 i D6 prawostronnie, a następnie żółtaczka, 2 miesiące po leczeniu wyraźna poprawa psychiczna i serologiczna (w płynie m. - rdz.: 8 limfocytów, 0,45 białka, Wassermann słabo dodatni). Autorzy przypominają o występowaniu herpes zoster w przebiegu lues tertiaria. Herpes zoster, występujący w przebiegu malarji leczniczej uważają zgodnie z pewnymi autorami (Dujar-

din, Targowla), za oznakę powrotu do typu luesu trzeciorzędnego, czyli alergicznego.

Dr. ST. ŚWIERCZEK — Dziekanka.

„Paralysie générale avec aléxie et apraxie idéo-motrice“, par P. Guiraud et A. Deschamps. (Annales Médico - Psychologiques mars 1932, séance du 10 mars 1932).

Autorzy opisują pacjenta 57 lat liczącego, u którego choroba rozpoczęła się nagle w marcu 1931 napadem paralitycznym, w listopadzie 1931 umieszczony w zakładzie w stanie podniecenia lękowego z dyzartrją i osłabieniem cielesnem. Obserwacja wykazała demencję z apraksją, agnozją, perseweracją oraz utrzymującym się podnieceniem lękowem. Wassermann we krwi dodatni, w płynie m.-rdz. słabo dodatni. W 13 dniu po przyjęciu zaszczepiono choremu malarję; chory przebył 8 napadów, a następnie leczenie sulfarsenolem. Poprawa, która wystąpiła w czasie malarji (uspokojenie, przywrócenie orjentacji) uwydatniła równocześnie afazję i apraksję. Natomiast ustąpiły prawie zupełnie agnozja wzrokowa i dotykowa. Chory rozpoznawał przedmioty, wskazywane mu, lub wkładane do ręki. Pozostała zupełna niezdolność czytania, (aleksja), oraz apraksja i prawostronna hemipareza. Pacjent był niezdolny do podjęcia swej pracy zarobkowej. Rozpoznanie porażenia postępującego było uzasadnione (demencja, dyzartrja, krzywa benzoesowa i inne) w zupełności. Następnie autorzy zastanawiają się nad genezą aleksji i apraksji i przychodzą do wniosku, że chodzi tu raczej o objawy ogniskowe, a nie o szczególne umiejscowienie procesu paralitycznego. Wnioski autorów, skłaniające ich do tego przypuszczenia, są następujące:

1) zespół objawów odpowiada dokładnie topografji naczyń, mianowicie chodzi o uszkodzenie tętnicy ciemieniowej tylnej (apraksja).

2) poprawa po malarji dotyczyła tylko dezorjentacji i niepokoju lękowego, natomiast hemipareza, aleksja i apraksja nie uległy poprawie.

Dr. ST. ŚWIERCZEK — Dziekanka.

„Foyers de dégénérescence coloïde dans la paralysie générale,“ par P. Guiraud. (Annales Médico-Psychologiques mars 1932, seance du 10 mars 1932).

Autor wspomina o podobnych, rzadkich zresztą obserwacjach,

przytaczając nazwiska Arndta, Schulego, Alzheimera, Urechia'a i Elekesa. Następnie opisuje 2 własne obserwacje poczynione w ciągu 3 lat na 80 przypadków p. p., badanych sekcyjnie; 1 przypadek dotyczył pacjenta 39 letniego, w stadjum posuniętem tak dalece, że nie można było zastosować malarji leczniczej. Zgon po 3-ch latach pobytu w zakładzie, z powodu kacheksji. Na sekcji znaleziono typowe zmiany paralityczne. Na przekroju mózgu na wysokości prawej przedniej części thalamus stwierdzono ognisko okrągłe, wielkości orzecha laskowego, biało opalizujące, wypełnione istotą bezpostaciową, barwiącą się metodą Nissla, zielono-niebieskawo. W przypadku 2-em chodziło o paralityka lat 53, przedstawiającego dementia simplex, leczonego bez wyniku malarją i stovarsolem. Pacjent ten zmarł na zapalenie płuc odoskrzelowe. Badanie pośmiertne wykazało typowe zmiany paralityczne. Bezpośrednio ponad głową jądra ogoniastego w półkuli lewej, znaleziono grupę ciałek szklistych, nieregularnie okrągłych, o średnicy dochodzącej do 2 mm. Dookoła tych ziarn brak było odczynu zapalnego. Barwienie metodą Nissla dało zabarwienie niebiesko-zielone, metodą Weigerta ciemno-fioletowe, zaś metodą Manna czerwone w środku, niebieskie na obwodzie. Próba na sole żelaza ujemna, próba Kuhne'a (na substancje hyalinowe) ujemna, próba Rochela (wapń) ujemna. Autorzy rozpoznają na podstawie powyższych badań degenerację kolloidową i powołując się na pokrewieństwo tychże zmian z gronowatą degeneracją (Buscaino) i degeneracją mucynową Grynfelta, uważają zwyrodnienie kolloidowe za częstą postać przechodnią.

Dr. ST. ŚWIERCZEK — Dziekanka.

„Deux nouveaux cas de paralysie générale à évolution aiguë" par L. Marchand, Capgras et A. Courtois. (Annales Médico-Psychologiques avril 1932 séance du 14 avril 1932).

Przypadek pierwszy: Pacjentka 31 letnia, początek choroby 6 dni przed przyjęciem do zakładu w postaci przygnębienia i urojeń prześladowczych; przyjęta w stanie podniecenia z pomieszaniem. Przez pierwsze 4 dni nadal ten sam stan podniecenia z gorączkowaniem uniemożliwiający dokładne badanie. Wassermann krwi dodatni, w płynie białko 0,60, Pandy ++, Weichbrodt +, pleocytoza 89, Wassermann dodatni i krzywa benzoesowa zmieniona. Po 4 dniach nieznaczne uspokojenie. Zgon 7-go dnia po przyjęciu

do zakładu przy temperaturze 40,6⁰. Całkowity czas trwania choroby 13 dni. Sekcja wykazała co następuje: serce, nerki i płuca bez zmian, atheromatosis aortae, mózg, ważący 1210 gr. przekrwiony, brak jakichkolwiek zmian ogniskowych, brak rozszerzenia komór bocznych, brak zmian ateromatycznych tętnic, brak zmian zapalnych w IV komorze. Badanie histologiczne mózgu: nacieki opony miękiej, zmiany znaczne komórek piramidowych kory, nacieki limfocytów i plasmatocytów naokoło naczyń kory, proliferacja gleju. Podobne zmiany podkorowe.

Przypadek drugi: pacjent lat 35, przyjęty w stanie podniecenia z pomieszaniem. Wassermann krwi i płynu m. r. dodatni, ponadto w płynie 0.70 białka, Weichbrodt i Pandy ++, białych ciałek 43. Stan podniecenia wzmagał się, pacjent zmarł w 12 dni po przyjęciu do szpitala św. Anny w zapaści. Początek choroby ostry, 7 dn. przed przyjęciem do szpitala. Podczas sekcji stwierdzono organy wewnętrzne bez zmiany, przekrwienie i zrosty opon. Histologicznie: nacieki plasmatyczne i krwotoki naokoło naczyń kory.

Na podstawie powyższego twierdzą autorzy, że przyczyną śmierci w obu przypadkach był tylko ostry specyficzny proces zapalny opon i mózgu i rozpoznają porażenie postępujące przebiegające klinicznie pod postacią stanów bredzeniowych.

Dr. ST. ŚWIERCZEK — Dziekanka.

„Sur trois cas de paralysie générale traités par la diathermie" par P. Schiff, A. Misset et J. O. Treless. (Annales Médico-Psychologiques avril 1932).

We wstępie podkreślają autorzy, że już w r. 1927 próbowali leczenia tą metodą w 1 przypadku p. p.; w dalszym ciągu doniesienia przytaczają 2 własne obserwacje, dotyczące 2 typowych paralityków. W przypadku 1-szym otrzymano poprawę, mianowicie w płynie m. rdz. limphocytoza wynosiła 55 przed leczeniem, a 0,4 po leczeniu, inne odczyny nie uległy wyraźniejszej zmianie, pozatem wystąpiła pewna poprawa psychiczna. Chory ten otrzymywał po diatermji sulfarsenol i quinby. W przypadku drugim nastąpiło nawet pogorszenie dotyczące płynu m. rdz. (limfocyty 4 przed a 97 po leczeniu, białko 0,56 przed a 0,65 po leczeniu, Pandy i Weichbrodt + przed a ++ po leczeniu). Stan psychiczny nie uległ zmianie. Autorzy przytaczają dane z literatury i sądzą następnie, że mogą mówić o korzystnem działaniu djatermji u pierwszego chorego i uważają tę metodę za wartościową.

Dr. ST. ŚWIERCZEK — Dziekanka.

PAUL SCHIFF ET J. O. TRELLES: Homosexualité Post-Encéphalitique. (Homoseksualność następcza po zapaleniu mózgu). Annales Médico-Psychologiques XIII Série, T. II, Nr. 3.

Znane są dosyć częste zachorzenia płciowe, występujące po nagminnem zapaleniu mózgu. Na jedno z nich nie zwracano jednakże uwagi zbytniej, a mianowicie na następcze zboczenie homoseksualne. Napotykamy tu tylko wyjątki.

Wypadek opisany przez autorów dotyczy homoseksualności u dorosłego po nagminnem zapaleniu mózgu. Z tego względu zasługuje na szczególną uwagę, jako perwersja powstała po zapaleniu mózgu, pozwalająca nam wniknąć w psychologię woli, w uzewnętrznienie pewnych automatyzmów i zasięgów afektywnych.

Chory, o którym mowa, wykazuje w formie typowej objawy należące do cech „inportunité assidue" Mengera, palipsychji, palilalji i palipraksji. Palipsychja ta przyczynia się do przylepności mentalnej, analogicznej z takąż przylepnością u epileptyków, przezwaną „glyschroidją", podkreślaną przez Minkowską: nowy przykład zbliżeń między związkami encefalitycznemi i epileptycznemi.

Ciekawem jest też zjawisko mikrografji u chorego, nie będącej zwykłą mikrografją od środka stronnicy.

Przedewszystkiem chory daje nam sposobność do streszczenia doświadczeń nad objawami seksualizmu u encefalityków. Znajdujemy u chorych, tu należących, najczęściej przytępienie życia seksualnego, czasem ostudzenie zupełne, bardzo często nawet seksualność zgodną z aktualnością przed wybuchem choroby.

W stosunku do idej Freuda możnaby sądzić, że pod wpływem zachorzenia na nagminne zapalenie mózgu, występuje wysunięcie się pewnego momentu z kręgu polimorfji perwersyjnej. Istnieją więc po przebyciu infekcji nerwowej i po urazach, modyfikacje poważne osobowościowe, powodujące zboczenia sfery seksualnej. Należy patrzeć na seksualność, jako na kompleks psychoorganiczny, którego objawy są często wynikiem, lecz czasem przyczyną następstw psychologicznych.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

Dr. H. THUMM. Der forensiche Alkoholnachweis und seine Verwertung in der Anstaltpraxis. (Wykazywanie alkoholu dla celów sądowych, zastosowane w praktyce zakładowej). Psychiatrisch Neurologische Wocheschrift Nr. 25/32. r.

Siedem dziesiątków lat dzieli nas od pierwszych prac autorów

francuskich nad wykazaniem obecności alkoholu w sokach organizmu. Około 1900 r. podał Nicloux metodę ilościową, spopularyzowaną po uzupełnieniach podanych przez szweda Widmarka. Nie trzeba wyjaśniać, jak duże znaczenie mają tego rodzaju metody objektywne, zwłaszcza przy wymiarze sprawiedliwości i w praktyce ubezpieczeniowej.

Stężenie alkoholu we krwi daje się określić przy użyciu standaryzowanego roztworu dwuchromianu potasu z dodatkiem kwasu siarkowego, który utlenia alkohol, wzgl. redukuje się pod wpływem alkoholu na chromian siarkowy. Wyjaśniają to następujące wzory: $K_2\ Cr_2\ O_7 + H_2 = K_2\ SO_4 + H_2\ O + Cr.\ O_3$; pod działaniem kwasu siarkowego na dwuchromiany powstaje bezwodnik chromiowy, który znów wywiązuje tlen w obecności kwasów: $2\ Cr.\ O_3 + 3\ H_2\ SO_4\ Cr_2\ (SO_4)\ 3 + 3\ H_2\ O + 3\ O$. Proces redukcyjny prowadzi z $Cr_2\ O_3$ do $Cr.\ O_3$ i wytworzenia się $Cr_2\ (SO_4)_3$.

Z otrzymanych liczb można wnioskować o ilości alkoholu, która zadziałała na centralny układ nerwowy. Niektóre ciała reagują podobnie na alkohol: aldehydy, estry, eter (narkoza[1]), aceton i krew po zatruciu bezwodnikiem kwasu węglowego. Oddziaływanie ich w wymienionej próbie jest jednak znacznie słabsze. Niekiedy okaże się potrzeba skontrolowania wyników próbą interferometryczną według Kionka-Hirsch. Widmark przyjmuje silny wpływ alkoholu na organizm przy stężeniu alkoholu we krwi wynoszącem 2%; wpływ wątpliwy przyjmuje przy stężeniu 0,8‰. Także Schwarz utrzymuje, że stężenie 3‰ oznacza nawet u alkoholika chronicznego stan silnego odurzenia alkoholowego.

Najwyższy stopień stężenia alkoholu we krwi występuje w 1-2 godzin po spożyciu, poczem krzywa stężenia spada wpierw szybko potem wolniej; w 5-8 godzinach spada do połowy, po 15 godzinach alkohol wydziela się zupełnie.

W Szwecji próbę Nicloux-Widmarka wykonuje się w wypadkach samochodowych, itp., przyczem pobiera się do mikroanalizy kroplę krwi do rurek włoskowatych zaopatrzonych w urządzenia zapobiegające krzepnięciu krwi. Niedogodność tej metody polega na tem, że pobrać krew musi lekarz i badanie może być przeprowadzone tylko w instytucie uniwersyteckim.

Trudność tę usunął Liebesny (Wiener Physiol. Institut), który wykonuje próbę z moczem. Zbudowany przez niego przyrząd umożliwia wykonanie próby nawet laikowi.

Z 1 cm. moczu destyluje się alkohol przez podgrzanie. Des-

tylat przepływa przez rurkę z mianowanym roztworem dwuchromianu potasu, który zabarwia się pod wpływem alkoholu, zależnie od jego ilości na zielono, do koloru niebieskiego. Przez porównanie tego zabarwienia z testem odpowiednio zabarwionych rurek, oznaczać można stopień stężenia alkoholu w moczu. Według Liebesny można w 6-8 godzin po spożyciu wykazać z dużą pewnością alkohol w moczu. (Badanie to nie wykazuje niższych ilości od 0,25 cm. absolutnego alkoholu na 1 kg. wagi).

Autor notatki podaje, że w lecznicy „Haus Seeburg“ używana jest powyższa metoda z powodzeniem od trzech lat i służy m. in. do systematycznej kontroli przebywających w zakładzie alkoholików, wracających do zakładu z przechadzki z miasta. Pozwoliło to na postępowanie bardziej liberalne w stosunku do chorych.

Autor podaje, że wykazywał bardzo nieznaczne ilości spożytego alkoholu i tak spożycie 0,1 litra piwa niewyraźny dało wynik, lecz już po 0,5 ltr., odczyn wypadł dodatnio po 1 i 2 godzinach; poczem szybko ustąpił.

po spożyciu 0,3 ltr. wypadł odczyn dodatnio jeszcze po 3 godz.
" " 0,4 " " " " " " 5 "
" " 0,7 " " " " " " 10 "

Na podstawie tych doświadczeń, autor uważa metodę w modyfikacji Liebesny w praktyce za nieodzowną.

Streścił: Dr. med. Z. JAROSZEWSKI — Dziekanka.

Dr. GILBERT - ROBIN: L'enfant épileptique. Les troubles de l'humeur et du caractère. (Dziecko epileptyczne. Zaburzenia usposobienia i charakteru) Gazette des Hôpitaux, 104-e année, 11 novembre 1931, Nr. 90, p. 1673.

Znane są u dziecka epileptycznego napady konwulsyj, chwilowej utraty przytomności (absence), zaburzenia senne, trwogi nocne, moczenie, powolność psychiczna, (Ducosté), zamglenie umysłowe (doktor Gilbert-Robin), złość zaślepiona i gwałtowna. Tu chodzi o zaburzenia usposobienia i charakteru.

Falret opisuje epileptyków jako bojaźliwych, zastraszonych, obawiających się, usłużnych aż do uniżoności, pieściwych i ugrzecznionych. Féré mówi o „przesileniach w usłużności i szlachetności“.

Zdaniem autora najlepiej stany te opisują Falret i Minkowska. Minkowska pisze (Le Problème de la constitution. L'évolution psychiatrique, t. II, Payot, édit.), o epileptyku i o epileptoidzie:

Znamię podstawowe tych epileptyków, to ich „lepkość“, glischroidja. Ta afektywność daje podstawy do umiłowania przedmiotów, porządku w szczególnej łączności z rodziną, z zatrudnieniem, z ziemią rodzinną, wpajające zainteresowanie problemami moralnemi i religijnemi; z powodu tej to afektywności powstaje ukojenie w zakresie intelektualnym, kocha się to, co jest stałe i trwałe, zachowuje się tradycje.

Afektywność staje się coraz bardziej „lepka“, powolna, bez uzewnętrznienia stwarza się naokoło siebie atmosferę stazy. Ta staza, to napięcie doprowadza do wyładowań wybuchowych. Uspokojeni stają się pobudliwi. Znajdujemy się wobec dwu biegunów, między uspokojeniem i lepkością, a wyładowaniem i wybuchem.

Wedle Wallona wszelkie manifestacje epileptyków wykazują powstrzymanie. W miejsce swobodnego objawiania się wzruszeń, zapanowuje stan utajony z wybuchami przerywanemi bez całkowitego wyswobodzenia.

U dzieci epileptycznych odnosi się wrażenie czegoś przymuszonego i fałszywego w prezentacji, w mimice, w słowach. Spojrzenie jest często chytre. Nie należy tego osądzać z punktu moralnego. Tkwi w tem wszystkiem głębokie zaburzenie organiczno-psychiczne.

Wyładowanie impulsywne, bardzo gwałtowne, przerywające stan uspokojenia psychomotorycznego i afektywnych przywiązań pokazuje, że tego rodzaju wstrzymanie się kosztem napięcia doprowadza później do wybuchających przesileń.

Jedna z cech najczęstszych epileptoida zdaje się objawiać w stanie przygnębienia. Dzieci skarżą się bez przerwy, stale są niezadowolone. Nic ich nie cieszy. Grymaszą, usposobienie ich jest płaczliwe. W odstępach budzą się zamiary samobójcze, bardzo różne od napotykanych w depresji chronicznej. Dzieci te są ani smutne, ani przygnębione, są natomiast niezadowolone: „Mam dosyć tego... Nudzę się, odbiorę sobie życie... Zabiję się, zabiję“! wykrzykuje dziecko dziewięcioletnie obserwowane przez Ducosté. Porywa się i powstrzymuje.

Dzieci epileptyczne skarżą się bezustannie na dolegliwości. Rozmiłowują się w skargach, zachowują się płaczliwie.

Z samego wyglądu o typie atletycznym, „głowach i twarzach o pokroju kwadratowym“, wnioskować można o glischroidji.

Upór, powstrzymany przez inercję epileptoidyczną staje sztorcem w trwałej opozycji.

Jednem ze znamion usposobienia epileptoidycznego jest zmienność postaciowa. Epileptoidyczne dziecko waha się zawsze między dwoma biegunami.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

H. BERSOT. Le Landeron, Neuchâtel. Projet d'une unification européenne de la statistique des aliénés. (Projekt ujednolicenia statystyki chorych psychicznie dla Europy). L'Hygiène Mentale XXVIII année Nr. 1, janvier 1932, p. 6

Wiele krajów posiada już dobrze zorganizowaną statystykę chorych psychicznie. Tam gdzie istnieje, łatwo spostrzedz jej użyteczność.

Ważna ona nie tylko ze względów naukowych, ale i socjalnych, higjenicznych i narodowych. Do wszystkiego dochodzi doniosłość statystyki jeszcze i międzynarodowa. Odgrywają tu rolę różnice poszczególnych krajów, zajęć ich mieszkańców, klimatu i t.d. Czyż nie widzimy, że w Rumunji 25 proc. przybywających do Zakładu jest chorych na porażenie postępujące, jak i 25 proc. chorych na pellagrę; podczas gdy tylko 9 proc. przyjęć należy do alkoholików, natomiast w Szwajcarji alkoholizm przyczynia się do 25 proc. mężczyzn przybywających do Zakładu, a kiła mózgowa spotyka się nie więcej, jak w 4 proc. przypadków?

Mimo zaprowadzenia statystyki chorych psychicznie w wielu krajach, niektóre jako przestarzałe, małą posiadają wartość praktyczną. Tyczy to się szczególnie Niemiec i Austrji.

Ale i z powodu rodzaju statystyk i w innych krajach ujednolicenie sposobu ich prowadzenia wszędzie napotyka na trudności.

Chodziłoby o zdobycie wszystkich krajów dla idei stosowania się do jednej i tej samej normy.

Wystarczyłoby, w tym kierunku idąc, zgodzić się na model karty statystycznej do ogólnego we wszystkich krajach użytku.

Reasumując wszystko, autor ustanawia następujące tezy:

1. Higjena psychiczna winna się opierać w każdym kraju na dobrej statystyce chorób psychicznych.
2. Życzyćby należało, żeby taką statystykę przeprowadzono na podstawie tego samego modelu.
3. Model ten mógłby być ustanowiony przez specjalną komisję, wyłonioną z komitetu międzynarodowego Higjeny psychicznej, komisję, którąby się zajęła zaprowadzeniem modelu tego we wszystkich krajach.

4. Statystyki pojedyńczych krajów powinny być później zestawiane przez tę samą komisję, lub na drodze starań biura Higjeny S. D. N.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

GREGORIO BERMANN: Bases pour l'organisation de l'assistance psychiatrique et l'hygiène mentale en République Argentine. (Podstawy organizacji opieki psychjatrycznej i higjeny psychicznej w Republice Argentyńskiej). L'Hygiène Mentale XXVII année. № 1 janvier 1932, p. 10.

Opieka nad psychicznie chorymi w ostatnim czasie przechodziła na całym świecie podstawowe zmiany. Stajemy od czasów Pinela wobec zadania zamiany fazy leczenia na okres profilaksji.

Z jednej strony staramy się coraz bardziej o wczesne leczenie zarówno terapeutyczne, jak i profilaktyczne; z drugiej strony coraz bardziej wprowadza się leczenie pozazakładowe. Roller twierdzi, że w zakładach należałoby umieszczać tylko nieuleczalnie chorych, a z uleczalnych tylko niebezpiecznych i wycieńczonych. Bleuler uważa, że wczesne opuszczenie zakładu przez schizofreników jest palącem zagadnieniem ze względu na zło wypływające z pobytu w zakładzie.

Że opieka nad psychicznie chorymi jest zadaniem państwowem i społecznem, ważniejszem niż opieka należąca się innym chorym, jest to prawda tak oczywista, że wszędzie starano się ją zastosować. Argentyna cierpi na niemożność pomieszczenia psychicznie chorych w sposób zastraszający.

W krytyce opieki nad chorymi psychicznie w Argentynie można wysunąć następujące momenty: 1) koncentracja psychicznie chorych w zakładach nie mogących pomieścić ilości ich, przy rozmieszczeniu tych zakładów w całym kraju ponadto w nieodpowiedni sposób; 2) niewystarczalność liczbowa personelu pielęgniarskiego na ogół, lekarskiego w szczególności; 3) przygodne wyznaczenie personelu lekarskiego i administracyjnego, oraz niedostateczna specjalizacja, 4) mieszanie chorych psychicznie bez żadnych kryteryj rozpoznawczych, ani leczniczych; 5) brak zatrudnień, i zaopiekowania u powracających do zdrowia podczas perjodu któryby poprzedzał powrót do pracy i współżycia na wolności; 6) zupełne zaniedbanie opieki pozazakładowej.

Potrzeba stworzenia nowych zakładów nie powinna kazać zapomnieć o już istniejących zakładach. Powinna być przestrze-

gana zasada samowystarczalności ekonomicznej zakładów.

Zakład, jak istniejący w Oliwie, każe pracować swoim chorym obecnie w proporcji 45 - 50%. Liczba ta, zdaniem autora, mogłaby wznieść się do 90%.

Na zakończenie dotychczas omawianej kwestji, autor zauważa, że wzmożeniu liczby chorych psychicznie dałoby się przeciwdziałać wczesnem leczeniem zapobiegawczem.

Jeżeli zakłady w liczbie dotychczasowych spełniają do pewnego stopnia wymagane zadania, to należałoby stworzyć dopiero organizację, mającą na oku higjenę psychiczną kraju.

Cała dynamika socjalna wspiera się na sprawności psychicznej obywateli. Bogactwo kraju zależne jest nietylko od zdrowia fizycznego, ale też od równowagi psychicznej. Powiew cywilizacyjny, wzbijanie się ku poprawie i postępowi, wynikiem jest tego czynnika podstawowego przyrodzenia ludzkiego. Nie ma niczego istotniejszego dla człowieka, jak jego myśl; dobrze mieć potężne mięśnie i kości silne, mówi Bleuler, lecz można kierować światem bez ramion i nóg; podczas gdy najmniejsza alteracja mechanizmu psychicznego może stanowić o przemianie najpotężniejszych jednostek w istoty godne politowania. Należy sobie przypomnieć, że wszystkie pierwiastki przeciwsocjalnych poczynań, od zbrodni i samobójstw, do zwyrodnień i upadków, zależne są od zdrowia psychicznego.

Cały świat rozumie, że należy u źródła przeciwdziałać klęskom, jak gruźlica, kiła, wielkie epidemje, śmiertelność dzieci, lecz inaczej się odnosi w stosunku do chorób psychicznych.

Bez zaprzeczenia godzina wybiła, by psychjatrja opuściła laboratorja i zakłady, by bogatszem wzmódz się zainteresowaniem, głębszem i potężniejszem.

Rozpoczyna się era higjeny psychicznej, a jednak istnieje potrzeba kładzenia nacisku i wśród nas samych na tę konieczność.

Należy bezsprzecznie wybierać na dyrektorów lekarzy kompetentnych, lecz powinni oni równocześnie i entuzjastami wielkiego być dzieła. Niech będą świadomymi zadania swego, pielęgnowania zdrowia psychicznego i podnoszenia jego poziomu duchowego. Należy być i wychowawcą.

Instytucje osobne są przeznaczone dla wolnej opieki nad upośledzonymi umysłowo, predysponowanymi, nie zrównoważonymi i nienormalnymi, dla dotkniętych chorobami neuropsychicznemi, zjawiających się z własnego popędu, albo przyprowadzo-

nych przez rodzinę, również i dla profilaksji takich stanów. Wszyscy rozumieją potrzebę instytucyj rozdziału dla gruźliczych, dla dzieci, dla zimnicy, chorych na trachomatozę, na carcinoma, i t. d. i myślą o pomnożeniu ich: jest się więc też i w stanie gotowości zrozumienia konieczności takich instytucyj dla chorych psychicznie. W krajach niemieckich stwarza się obecnie ośrodki opieki duchowej dla dorastających (poradni); potrzeba ta jest jeszcze bardziej palącą w Argentynie.

Liga higjeny psychicznej w Belgji ustanowiła 8 rodzajów zadań.

1) Opieki lekarskiej dla osób chorych psychicznie, lub nerwowo (neurastenja, przygnębienie, bojaźliwość itp);
2) Porady dla krewnych i przyjaciół tych chorych, którzy nie wiedzą, jakie ma być ich zachowanie.
3) Wskazówki dotyczące zakładów dla psychopatów i dzieci nienormalnych.
4) Porady dla chorych po wyjściu ich na wolność w stanie uleczenia, lub poprawy: pomoc lekarska i socjalna, ażeby ustrzec się przed nawrotem.
5) Porady i wytycznie postępowania dla krewnych, wychowawców i nauczycieli dzieci zaniedbanych, krnąbnych i niedyscyplinowanych.
6) Opieka nad toksykomanami i porady w sprawach antyalkoholizmu; poradnie dla rodzin w stosowaniu opieki.
7) Porady lekarskie i pomoc dla biorących udział w patronacie.
8) Ogólne porady w orjentacji zawodowej.

Podobne rodzaje zadań opieki psychicznej wysuwa urząd Profilaksji psychicznej w Paryżu, dalej Ligi Brazylijskiej Hygjeny Psychiczn.

Szpitale psychjatryczne stanowią wielkie ośrodki doświadczeń, pouczeń i zastosowań terapeutycznych. W tym celu należałoby przeprowadzić ścisłą i systematyczną naukową organizację pracy, połączoną z odpowiednim rozkładem pomieszczeń dla każdego rodzaju pracy i doświadczenia.

„Dwa słowa“ wypowiada jeszcze autor na temat opieki nad alkoholikami i toksykomanami, oraz wojskowych, chorych nerwowo i psychicznie. Niektórzy żądają osobnych zakładów dla alkoholików i toksykomanów. Jest to kwestja otwarta.

Osobne zakłady neuropsychjatryczne dla wojskowych są z wielu względów potrzebne.

Oto ogólne, wielkie zarysy, ważne dla opieki psychjatrycznej i higjeny psychicznej w Argentynie na przeciąg przyszłych 20, lub

40 lat, dla perjodu, w którym życzyć by należało, ażeby w jednolitym kierunku rozprzestrzeniono ogólną sieć sanitarną, dosięgającą nawet najdalszych części kraju, jako dźwignię w drodze postępu i godności mieszkańców.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE - Dziekanka.

E. HEUYER et Le Guillant. Recherches sur l'affaiblissement intellectuel fondamental dans la Démence Précoce. (Badania podstawowego osłabienia umysłowego w Dementia praecox). Annales Médico-psychologiques XIVe Série- Mars. 1932.

Badania swe rozpoczęli autorzy od stwierdzenia źródeł choroby, mającej początek w chorobach nabytych, przyczynach dziedziczenia z rzędu infekcyjnego, toksycznego, lub psychopatycznego.

W innej pracy, badanie zaburzeń charakteru, stanowiących o początku dementja praecox, pozwoliło autorom te odchylenia chorobowe połączyć z zaburzeniami o znamionach encefalitu nagminnego, albo ze zboczeniami instynktowemi konstytucjonalnemi i dziedzicznemi, od których różnią się tłem mentalnem, na którem się rozprzestrzeniają.

W pracy obecnej badali autorzy formy początkowe psychozy „dementia praecox", manifestujące się osłabieniem psychicznem bez żadnego innego objawu.

Formy, które się zdawały autorom podatne do badania w obranym kierunku, należą do „dementia praecox simplex" Kraepelina, Sérieux, Masselona, Régisa etc. Większość psychjatrów potwierdza istnienie tej formy, opisanej przez Esquirola w następujących słowach: „Niekiedy rodzą się dzieci bardzo zdrowe. Dorastają fizycznie równocześnie z rozwojem inteligencji. Są bardzo czułe, ożywione, drażliwe, gniewliwe, o imaginacji błyskotliwej, o rozwiniętej inteligencji; duch jest aktywny. Aktywność ta nie jest w zgodzie z siłami fizycznemi, typy te wyczerpują się szybko. Ich inteligencja pozostaje na miejsu, nie zdobywa niczego, a nadzieje, które budziły, zawodzą".

Tę samą formę opisuje Morel, mówiąc o kilkunastoletniem dziecku, którego głowa była kształtna i którego zdolności umysłowe przewyższały o wiele poziom współuczniów. Stało się małomówne, szukało samotności. Powoli zapomniało wszystko, czego się nauczyło. Nastąpił zastój niepokojący, graniczący z otępieniem. Kiedy je Morel zobaczył po jakimś czasie powtórnie, zauważył fatalne przeobrażenie i powstanie dementia praecox.

I mówi o nagłej imobilizacji wszystkich sprawności, o „dementia praecox, zapowiadającej, że dany typ zatrzymał się u krańców życia swego intelektualnego".

Hebefrenja Haeckera rozpoczyna się przygnębieniem, po którem następuje manjakalne podniecenie mniej lub bardziej silne, poczem rozwija się szczególnego rodzaju stan osłabienia psychicznego, którego znamiona ustalają się już w samym początku zachorzenia.

Jeżeli Bleuler uważa, że zaburzenie prawdziwie niesprecyzowane kojarzenia idej jest podstawą przebiegu choroby przyczynową, to uczniowie jego widzą pierwszą przyczynę choroby w nastawieniu jego afektywnem.

Autorzy są przeciwnikami tłumaczenia schizofrenji na sposób Freuda, conajmniej w stosunku do zaburzeń początkowych. Zdaje im się bezowocnem przypuszczenie, że n.p. „brak kontaktu" choćby się nie kwestjonowało jego wartości djagnostycznej, jest brakiem kontaktu afektywnego. Łączenie go z indyferencją, z uczuciem obcości, z predylekcją zasadniczą dla autyzmu jest całkiem hipotetyczne. Jest to pewnego rodzaju romans, by przydzielać zachowaniu się w ten sposób znaczenie, jeśli nie woli świadomej, to conajmniej ukrytej celowości.

Pojęcie schizofrenji, należącej jako ściślejszy zakres do szerszego zakresu dementia praecox, zaczyna się rozciągać do tego stopnia, że ogarnia prawie wszystkie zachorzenia psychiczne, stając się przez brak precyzji, jakoby jakim pachołkiem do wszelkich poruczeń w obrębie całej psychjatrji. Obarczyło, co więcej, psychjatryczną gwarę terminami, któremi zakwita ogród ogólnego bałaganu, bez pożytku dla ścisłości naukowej, terminami jak schizoidja, schizomanja, schizonoia Laforgue'a, schizokarja Mauza, schizofazja i schizografja i przywróciło nam czasy, w których Chaslin mówi, że psychjatrja to „rodzaj mowy źle skonstruowanej".

Dlatego to też autorowie zaniechawszy wielkie syntezy nozologiczne, ograniczyli się do badania syndromów i starali się w formach nieskomplikowanych dementia praecox odnaleźć znamiona, pozwalające im zbliżyć się do pierwotnego braku inteligencji o oznaczonej jakości.

Autorowie nie uważają, żeby ich doktryna, albo i metody były nowe.

Dla zbadania form specjalnych obniżenia intelektu w objawach nieskomplikowanych psychozy „dementia praecox", uciekli się auto-

rowie do metod poprzedników, do psychologicznyh testów, do rzędu których należą klasyczne testy Bineta i Simona, biorąc do pomocy i testy Termana, Masselona i Monoda.

Binet i Simon twierdzą, że dementja praecox polega na samem obniżeniu poziomu intelektualnego. Lecz nie zawsze tak się dzieje, zwłaszcza w początkach, gdy się zauważa nieobecność automatyzmu, wszelkiego głębokiego wstrząsu afektywnego i na ogół każdego objawu dodatkowego.

W wynikach dociekań, uobrazowanych przez autorów na podstawie czterech podanych obserwacyj, nie potrzeba podkreślać pragmatycznych braków w obrazie klinicznym chorych. Chodzi przecie głównie o wyższe formy czynności psychicznej dotknięte najbardziej. Braki pojawiają się w czynnościach psychicznych najtrudniejszych, które nie pozwalają n. p. określić terminów abstrakcyjnych, streścić znaczenia jakiegoś sprawozdania, i. t. p.

Niemożność ta jest często świadoma.

Finalizmowi afektywnemu, będącemu podstawą psychoanalizy schizofrenijnej, przeciwstawić należy normalny determinizm, będący podstawą każdego symptomu patologji psychicznej, jak zresztą i patologji ogólnej.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE — Dziekanka.

H. CLAUDE, J. LHERMITTE ET H. BARUK, Pathologie de la Pré-Sénilité, Syndrome Catatonique avec Négativisme Unilatéral, Aphasie, Troubles, Pseudo-Bulbaires, Perturbations de la Circulation et de la Nutrition Générale par Encéphalose Diffuse. (Patologja wieku przedstarczego, zespół katatoniczny z negatywizmem jednostronnym, afazja, zaburzenia rzekomo-opuszkowe, zaburzenia krwiobiegu i ogólnego odżywiania spowodowane zachorzeniem mózgu wieloogniskowem). L' Encéphale XXVII, Année, № 3, Mars 1932, str. 177.

Zmiany dementywne przedstarcze należą do bardzo ciekawych rozdziałów w psychjatrji. Z tego względu autorowie sądzili za wskazane przedstawić w tym kierunku przykład obserwacji klinicznej i anatomicznej. Przykład ten pokazuje skojarzenia zespołu katatonicznego z całą serją objawów mózgowych organicznych, jak afazją, zaburzeniami rzekomoopuszkowemi, ruchami stereotypowemi i hypertonją. Ponadto dołączyły się tu zaburzenia zależne od obiegu krwi i ogólnego odżywienia, zdające się być w związku z rozprzestrzenieniem podstawowem przebiegów w ośrodkach or-

ganicznych mózgu.

Dwa lata po urazie czaszki zauważono u chorego poddanego badaniu:

1) Zespół katatoniczny obejmujący katalepsję, negatywizm wieloraki, stereotypizm i ruchy automatyczne, akrocyanozę ortostatyczną.

Zespół ten opanował przedewszystkiem górną prawą kończynę.

2) Objawy należące do afazji.

Chodziło tu o prawdziwy negatywizm noszący na sobie znamiona fałszywego upozorowywania, oporu świadomego.

3) Zespół rzekomoopuszkowy, wyrażający się w płaczu spasmodycznym, zaniku odruchu podniebieniowego, w chodzeniu drobnym krokiem, i t. d.

4) Na koniec zaburzenia naczyniowe i ogólnego odżywiania przybrały znaczne nasilenie.

Zachodzi pytanie, jak wytłumaczyć te grupy objawów.

Na to dają odpowiedź spostrzeżenia anatomiczne.

Autopsja wykazała, że opony były normalne, jak i tętnice. Naczynia opony miękkiej były delikatne, drożne. Nie zauważono ani arterjosklerozy, ani zwapnienia. Naogół mózg nie był zanikowy, zwoje posiadały wygląd normalny. Nie było widoczne żadne rozmiękczenie, ani nie było wybroczyn z wyjątkiem małego ogniska powierzchownego, nie sięgającego istoty białej, a znajdującego się na prawej części skroniowej od strony górnej.

Całość ciał prążkowanych nie była wybitnie zmniejszona. Blaszki zewnętrzne i wewnętrzne jądra soczewkowatego były cięższe, ich ubarwienie było słabsze, niż normalne. Włókna schodzące się ku wewnętrznemu kątowi jądra soczewkowatego, widoczne w normalnej szarej łupinie, okazały się rozproszone, zwężone. Przeciwnie zdawało się, że włókna promieniujące z jądra ogoniastego były lepiej zachowane, lecz wobec normalnych częściowo uszczuplone.

Komórki nerwowe wzgórza wzrokowego były dość dobrze zachowane, lecz w niektórych okolicach neurony wzgórza były mniej liczne. W miejscach, gdzie neurony uległy zanikowi, występowały wysepki mikroglejowe. Komórki pozostałe nie były normalne. Stosując metodę Nisla spostrzegało się rozkład ciałek tygrysowatych, zmniejszenie zasięgu dendrytów, pomnożenie pigmentu. Rozrost neuroglejowy był zaakcentowany naokół naczyń. Naczynia same nie były normalne. Pochwy ich były włókniste, szkliste

i zgrubiałe. Sieć naczyniowa w jądrze ogoniastem i soczewkowatem przedstawiała, te same zmiany, jak wzgórze wzrokowe.

Otoczka uderzała ubóstwem drobnych komórek. Komórki były blade, wyrostki niewyraźne, granice zatarte. Wielkie komórki liczebnie bogatsze, były również zniekształcone. Znajdywały się przecie między niemi i komórki o normalnym wyglądzie.

Komórki kuli bladej były w ilości zmniejszone, zmienione. To samo dotyczyło komórek jądra ogoniastego.

W korze mózgowej struktura drugiego zwoju czołowego była wyraźnie narysowana. Prążki Baillargera były zachowane, lecz ilość komórek zwojowych obniżona.

W wielkiej liczbie elementów, zauważało się wakuolizację. Istniały miejsca, których komórki zwojowe wyginęły zupełnie.

Budowa pierwszego zwoju skroniowego, zachowała się dobrze. Uszkodzenia były tu o wiele mniejsze, niż w płacie czołowym. W głębszych warstwach jednakże zmiany były wyraźniejsze. Znachodziło się atrofję komórek, obniżoną ich ilość, rozrost neurogleі. To samo dotyczyło zwojów potylicznych.

Z podanych spostrzeżeń wynika, że chory wykazywał dość znaczne uszkodzenia w mózgu. Przedewszystkiem rzuca się w oczy brak zmian w systemie móżdżkowym i piramidowym.

Przy obecnym stanie wiedzy, tylko przyczyna toksyczna mogłaby nam wytłumaczyć opisane uszkodzenia.

Zespół wymienionych anatomo-klinicznych objawów należy do patologji wieku przedstarczego; znamionuje go nagłość, szybki przebieg zjawisk klinicznych, złączonych z katatonją, negatywizmem, katalepsją, afazją, zespołem rzekomoopuszkowem, których pochodzenie syfilityczne może być zaprzeczone.

Chory będący w obserwacji autorów, był dawnym alkoholikiem. Trafia się to samo u dotkniętych chorobą Alzheimera, lecz u chorego badanego przyłączył się 2 lata przed wybuchem choroby uraz czaszki z następującą kilkogodzinną śpiączką. Trudno odpowiedzieć na pytanie, czy i jaką rolę odegrał tu uraz.

Streścił: Dr. med. Dr. phil. K. WIZE - Dziekanka

Prof. STANISŁAW WŁADYCZKO. „Uwagi w sprawie neurastenji i neurastenizacji“. (w »Polsk. Gaz.« Warsz. NNr. 44 i 45 z 1930r.)

Wyróżniający się pojemnością, rozmaitością i zawartością rzeczową obszerny jubileuszowy (z okazji 25-lecia pracy profesorskiej

ś.p. Dra. Jana Piltza) zesz. »Polsk. Gaz. Lek« zawiera m. inn. mniej znaczącemi opracowaniami występujące na czoło głosy: Docentki Wil. Uniw. Króla Stef. Bator. Pi. Dr. Med. Janiny Hurynowiczówny, prof. Stan. Władyczki, Naegeli, E. Bleulera i na naczelnem miejscu nestora nowoczesnej psychjatrji prof. na Uniw. w Zurychu ś. p. Dra. Augusta Forela — głos na temat znamienny, podjęty przez znakomitego autora omal że nie w przedzgonnej godzinie, jako testament duchowy: »Eine Ameise, die sich der menschlichen Sprache bedient» — Gdyby mrówka mogła mówić!

W niemały podziw powszechny wywabił, a w niejednym wywołał zdumienie, bowiem oddawna już wytrącono z przytomności, iż właśnie praca jego: „Les fourmis" (1874 r.), wysoce powszechnie ceniona przez socjologów, stanowi od dawna zrąb, dokoła którego kształtował się rozwój umysłowy i o który się opierał horoskop intelektualny tego nieugiętego pracownika z całą pewnością mogącego stanowczo powtórzyć: gegen Wanzen kann ich nicht kämpfen.. nie umiem walczyć z pluskwami! — To nie oznacza wcale, iżby ten — według Europejskiego uznania — „umysł na miarę Goethego" miał być rzecznikiem cuchnącego pokoju. Przeciwnie, doskonale pojmował, iż „gdyby panował spokój, ludzie staliby się pchłami". To też śmiało mógłby zapodać partji Szalbierczego pokoju i porządku, jak ongiś Agesilaus królowi Agisowi: »Zdaję ci się być mrówką, ale kiedyś poznasz we mnie lwa»...

Budującą uwagę przykuwa do się życie mrówek wielu w dziejach najwybitniejszych postaci. Ich nie mogły zadawalniać przepisy zmurszałych tablic zwietrzałej nauki, bowiem „obłuda umysłów światlejszych wobec ciemnego ludu jest i dzisiaj powszechnie uprawiana"... „Fanatyzm, dotyczący przekonania o świętej »prawdziwości« danego światopoglądu, rósł w miarę, im potężniejsza stawała się kasta, strzegąca jego tajemnic i broniąca swoich praw rządzenia sumieniem ludu". Tłumaczy Dr. Benedykt Dybowski, pojaśniając dalej, iż w dawniejszych okresach „ludzie światlejsi.... którzy właśnie byli twórcami światopoglądów, narzucali je despotycznie, nakazując w nie «wierzyć« bezwzględnie, a chcąc nadać im piętno prawdy, twierdzili, że są objawione przez bóstwa... Przymus despotyczny do wierzenia w światopoglądy był źródłem strasznych cierpień wśród społeczeństw, pozbawił ludzi uczuć tolerancji, miłości bliźniego, etyki"... etc.. A co zatem przyszło, to to, że nauka, ażeby swe prawo ogłosić, musi odrzucić masę niepotrzebnego materjału. Dlatego też odnośne entomologiczne prace M. Maeterlincka

niepomiernie pozostaną cenniejszemi od całych stosów zbutwiałej makulatury «fachowej»... „Zasadami oderwanemi, chociażby najwznioślejszemi, niewiele wskórała, bo są jako pomniki, na których położono napis, ale niema klucza do jego odczytania“ — zastrzega Ludw. Krzywicki. Nie daremnie się wyznaje, iż „Wraz z Napoleonem wygnano na wyspę św. Heleny naukę“... Naprawdę, „był to człowiek, który tam dyktował obliczenia wylewów Nilu“)... „Jak Pitagoras, odczuwa tajemną muzykę liczb. W ciężkich chwilach życia dla uspokojenia się odczytuje tablice logarytmów niby modlitewnik“... powiada Holland. — I właśnie tam ten Król-Duch piramid, wznoszący po bezkresach i pustyniach Świątynie Wiedzy, jako czynności twórczej, w jednym z opuszczonych pokojów domu w Longwood na św. Helenie obserwował godzinami życie mrówek... aż w końcu przychodzi do wniosku: „To rozum, to więcej niż instynkt — to prawdziwy rozum... wzorowy przykład mądrości państwowej. O, gdybyż ludzie posiadali tyle jedności!“... I o tym to kolosie, ukradkiem podtrzymującym stosunek z Laplace'm, Mongem, Bertholletem, po drugiej abdykacji w Malmaison w 1815 r., sławny Monge wspomina, że jeszcze nigdy Napoleon nie wydał mu się tak Wielki! — Istotnie, „nie istnieją pół rozumy, gdyż półgłówki nie mają go wcale“. A więc, cóżby miała do powiedzenia mrówka, gdyby mogła mówić?! Szczególnie, gdy większość z tych, co ją obserwowali, już odeszła i mało pozostaje tych, co są też na odlocie. Śmiem przypuszczać, że chyba nie więcej, jak tylko tyle, że możnaby powtórzyć za L. Krzywickim: „Naśladuj starą gwardję Napoleona pod Waterloo. Odpowiedziała wtedy nieprzyzwoitym wyrazem: («Gwardja umiera, ale nie poddaje się!«), którego nie ośmielam się powtórzyć, ale wierz mi: — słowo to, acz nieprzyzwoite, było wzniosłe i wielkie! Starzy wiarusi plunęli w oczy wrogom imieniem swojem; pokazali nie tylko oblicza swoje, ale myśli i serca!... Idź w zgiełk nieprawości i siew życia rzucaj dokoła, bo tylko czyny są życia zwiastunem“...

Przystępując do omówienia, raczej do wglądu, świetnych wywiadów o neurastenji prof. Stan. Władyczki, nie sposób się powstrzymać od odwołania się do słów Tad. Ulanowskiego: „Wgląd? Znam ten wyraz galicyjski: Mieliśmy przez lat sto i dwadzieścia wgląd przez Wiedeń we własną niewolę.. Zdecydujmy się na to, że dzieje porozbiorowe przeżywamy dopiero od roku 1918-go... Dopiero nasza obecna »Wolność« może się nazywać porozbiorową... Człowiek dzisiejszy jest żywem echem rzuconem z przeszło-

ści w przyszłość...

Klasyfikacja nauk — to rozdanie tego echa na głosy — nic więcej". Słusznie i trafnie zauważa też Fr. Nietzsche, że: „Wszystkie rzeczy, które długo żyją, przesiąkają zwolna do tego stopnia rozumem, iż ich pochodzenie od nierozumu staje się dlatego nieprawdopodobnem. Czyż nieomal każda dokładna historja jakiegoś powstawania nie brzmi dla uczucia paradoksalnie i zdrożnie? Jak pojawił się «rozum» na świecie? Rzecz prosta — w nierozumny sposób, przypadkiem. Należałoby go odgadywać jak zagadkę.... Toć nie widzieliśmy nic prócz obrazów »przyczyn i skutków«. A właśnie ta «obrazowość» uniemożliwia wniknięcie w istotniejszą od kolejności łączność!"

Jeżeli prof. Hans Curschmann powiada tak: „że neurastenja nie przedstawia się jedyną postacią chorobową, lecz — szczególnie przy pojemniejszem tłumaczeniu tego pojęcia —: zbiornikiem najrozmaitszych reakcyj (objawów) nerwowych, teraz już staje się jasnem dla wszystkich lekarzy"... to ze swej strony moglibyśmy tylko przyklasnąć takiemu powiedzeniu. Jednakowoż pozwalamy sobie powątpiewać, czy już zdążyło ono nabrać, czyli sięgnąć skali pewnika. Bowiem sam H. Curschmann w dalszym ciągu dorzuca, iż, nie bacząc na to, celem uniknięcia powikłania przyczynowego („nosologicznego") warunku, zmuszonym pozostaje trzymać się starego podziału neurastenji, acz wraz ze Strümpel'em uważa neurastenję za identyczną z psychastenją. Wobec jednak znacznej liczby zachodzących zaburzeń koordynacji narządów, niekoniecznie psychogennego pochodzenia, woli pozostawać przy pierwszej nazwie przypuszczając, iż nazwa psychastenji może wyrażać pojęcie zbyt zwężone. „Z powodu tego, że nowoczesny podział psychjatryczny (Kraepelin-Bleuler) dla praktyki — mówi H. Curschmann — przedstawia się zbyt skomplikowanym, to proponowałbym pozostać przy starym i rozróżniać tylko: a) neurastenję konstytucyjną (rzeczywistą, lub istotną), i niewątpliwie rzadką — C) neurastenję akcydentalną (czyli: wtórną, pochodną), którą lepiej bodaj nazwać: «wyczerpaniem nerwowem»... Stare, obecnie przestarzałe pojęcie »hipochondrji» winno niewątpliwie znaczną część swych wypadków ustąpić pojęciu neurastenji istotnej (konstytucjonalnej)"... Chociaż „neurastenja oznacza słabość nerwów", jednak „słabość nie stanowi dominującego znaczenia (stygma) neurastenji, ale jeszcze w wyższym stopniu wzmożona wrażliwość; stąd też i powstało trafne określenie: — «przewraźliwione osłabienie

neurasteników"... »Irritable weakness» Bearda. Biorąc zarazem pod uwagę, że omal w każdego rodzaju postaci chorobowej nie obywa się bez objawów „neurastenicznych", jak naprz. w anemji, gruźlicy, luesie etc... a nawet w schizofrenji — (przejrzyj podręcznik „Djagnostyki Psychjatrycznej" Dra. Al. Piotrowskiego), a jednocześnie opierając się o spostrzeżenie znakomite Hippokratesa, iż „gdy dwu bólów doznajemy w jednym czasie — to ból silniejszy zgłusza słabszy", nieodzownie musimy zastrzedz — zwłaszcza w odniesieniu do założeń psychjatrycznych — iż powyższe rozstrząsania są dalece nas niezadawalniające. Przedewszystkiem nie każda słabizna nerwowa stanowi, tak się wyrażę, o genuinnej neurastenji (bo może być powodem naprz. cech oligofrenicznych!), tak samo, jak nie wszelkie «przewrażliwienie« wywołuje typowe znamiona „neurasteniczne". Jakieś inne muszą zatem przemawiać motywy rozumowe w dociekaniach nad tą szerzącą się postacią chorobową od dotychczasowego szablonowego traktowania sprawy. Lukę tę wypełnia wspaniale prof. Stan. Władyczko, rzucając garścią szczodrą obfity szereg uwag na omawianą kwestję. Zapoznanie się z tą pracą uważam za niezbędne dla każdego lekarza, niekoniecznie nawet psychjatry. „Nauka o tak zw. nerwicach przechodzi w chwili obecnej przesilenie... Postępy w metodzie badania klinicznego chorych, wyniki długotrwających obserwacyj wielu tysięcy chorych na pewne schorzenie... i.t.d. — zmuszają bezwzględnie od czasu do czasu poddawać rewizji poglądy nasze na patogenezę i istotę tego lub innego schorzenia, dokonywać »nettoyage«, jak to dowcipnie używa tego określenia M. de Fleury" — powiada prof. Stan. Władyczko. Nettoyage powinna być zastosowana i w kwestji neurastenji, resp. stanów neurastenicznych. Cały szereg wpływających na rozwój cierpienia przyczynków wymienia autor w swem cennem studjum, będąc daleki od kabotynistycznego nałogu wzbogacania leksykonu odmianą jakiegoś nowej klasyfikacji na wzór H. Claude'a.

Wprowadza w zakres swych dociekań podstawę biosocjologiczną, komentując gruntownie objawy anafilaksji psychicznej i detonacji psychologicznej, zatrzymując się nad wieloprofilowością — jednostki, rodziny, społeczeństwa i państwa, jako czynnikami neurastenizującemi. Wieloprofilowości osobniczej i społecznej w dziedzinie wływologji zewnętrznej odpowiada okoliczność wzmagającej się wielo-funkcyjności kierunków, zadań ogólnych i nastawień rozwijającej się wadliwie sprężyny społecznej. Nieustanne odziały-

wanie podraźnień zewn. na całokształt ustroju, nie kolidujące z jego rdzennem upodobaniem, dynamicznemi właściwościami, odpowiadającemi jego konstrukcji psychicznej, zależnie od ich nasilenia, zespołu i rozbieżności, nie tylko może, lecz musi tego lub innego rodzaju wpływ swój (ujemny lub dodatni) wywierać. Cała składnia ustroju stanowi zespół skoordynowany nieustannie ruchomych cząstek w swych najprymitywniejszych nawet ukształtowaniach, wykonujących specyficzne dla się czynności o odmiennem natężeniu, tempie, rytmie, zarysie dynamicznego poruszenia. Zasadą dynamicznej podstawy jest, iż każdemu działaniu towarzyszy, przeciwdziałanie. Ciała odpowiadają więc pewnym oporem na każde działanie. W stosunku do ciał organicznych należy uznać tę cechę za prawo przyrodzone. W naruszeniu uzdolnienia do rozkładania harmonijnie równomiernego sił oddziaływujących na organizm czynników zewnętrznych następuje z konieczności niedokładność funkcyjna w całym zespole skojarzonych narządów. Jeżeli się zwrócimy do niezastąpionych prac w odnośnym zakresie Jana Danysza, znajdziemy w nich nast. wyjaśnienia: Jeżeli wszystkie narządy, a zatem i system nerwowy, działają prawidłowo, porozumienia pomiędzy tkankami, narządami i centralnemi węzłami nerwowemi odbywają się też, jak potrzeba dla ogólnej satysfakcji całego organizmu, który wtedy czuje się dobrze... Odżywianie tkanek i przemiana materji odbywają się bezwiednie, jakto być powinno. Prąd idzie tam, gdzie należy. Niechże się jednak zdarzy jakieś zmartwienie, lub cierpienie ponad miarę zwykłej wytrzymałości nerwów człowieka... lub zmęczenie w nadmiarze pracy, wtedy kurczy się pewna ilość dendrytów w obydwu przeciwległych komórkach i połączenia stają się nieprawidłowe. Pewne prądy nerwowe nie przechodzą wcale, czasem tworzą się fałszywe połączenia i następstwem tego musi byś zerwanie równowagi w działaniu nerwów i narządów, a więc i nieprawidłowe odżywianie tkanek, a stąd ogólne osłabienie, zmęczenie, nienormalna drażliwość i tym podobne dolegliwości, które muszą z czasem oddziałać niekorzystnie i na stan psychiczny.

Zboczenia w budowie węzełków i takie właśnie zmiany w budowie pośrednich stacyj nerwowych zostały stwierdzone przezeń doświadczalnie u zwierząt. Do analogicznych wyników dochodzi i prof. Stan. Władyczko, tłomacząc: „Ja osobiście uznaję istnienie odrębnego układu zabezpieczenia komórek nerwowych — istnienia t. zw. przezemnie ochronnego aparatu koszykowego

(wchodzącego w skład układu współczulnego); komórki ośrodkowego układu nerwowego są umieszczone jakby w koszyczkach splecionych z rozgałęzień włókien współczulnych, częściowo z rozgałązień włókien osiowych komórek aparatu kojarzeniowego. Przypuszczam, że można tłómaczyć neurastenję (stany neurasteniczne) naruszeniem czynności tego układu ochronnego, który, będąc w stanie chorobowym, z jednej strony zezwala na przejście do dendrytów komórek podniet o napięciu stałem, z drugiej zaś strony nie reguluje należycie akcji wyładowania energji"... Na tej podstawie osobiście skłonny bywam napotykane znamiona narowistości przyrównywać, upodabniać do warunkowego odcisku (clavus) nerwowego tak, jak cechy neurastenicznego podrażnienia do przejawów targnięć. Łatwo to da się każdemu wyobrazić (z obserwacji okrężnego obrotu kulki przymocowanej sznurkiem i puszczonej w ruch w zmiennem nań oddziaływaniu przez targania lub szarpnięcia na sprężystość i bezwładność przewodu. Zarówno przydatnem tu się staje i nast. prawo fizyczne, opiewające iż: siła wspierana przez ciężar pewnego ciała na powierzchnię stoi w stosunku odwrotnie proporcjonalnym do tej powierzchni. Wszak na tem polega zasada rozbicia szeregów maszerujących objektów przez most. Na czoło wysuwa się samorzutnie znana teza: Gutta cavat lapidem non vi, sed saepe cadendo. —

Nie od rzeczy jest zanotować, że wpływ w ten sposób wywierany odnosi się do ciał nieorganicznych. Nawet stal i żelazo ulegające przez czas bardzo długi silnemu ciśnieniu, albo nieustającym krótkim a silnym wstrząśnieniom (przęsła, szruby okrętowe) doznają takiej przemiany w układzie cząsteczkowym, że związek pomiędzy niemi luźnieje — do tego stopnia, że bez żadnej szczególnej zewnętrznej przyczyny żelazo takie lub stal pryskają „Można by i tu mówić o zmęczeniu, gdybyśmy się nie przyzwyczaili pojęcie to stosować wyłącznie do ciał żyjących" — zauważa Dr. Fr. Scholtz. — A cóż dopiero mówić o wpływie, szarpaniny na ustroje żywe?!.. Ponadto wypada zawsze pamiętać o tem, że zależnie od układu nerwowego napięcie mięśniowe tonus, przedstawia sobą sprawdzian zdolności i gotowości do natychmiastowego odpowiadania skurczem (o różnej skali nasilenia) na każdy odpowiedni bodziec. Wszelkiego rodzaju sprawność jest zawsze stosownie uwarunkowana i uzależniona. Wobec powyższego niezbyt przemawia do mnie propozycja H. Curschmanna obstawania „przy starem" uznawaniu neurastenji konstytucjonalnej.

Zbyt wiele uzbierało się dowodów na to, aby powtórzyć za C. Correnti: »Teorja jest pocieszeniem dla tych, którzy nie są zdolni spróbować praktyki,« lub za prof. R. Radziwiłłowiczem: „Ewolucyjne zbadanie i przedstawienie nozologicznych postaci... dynamiczny stosunek do faktów psychjatrycznych — zamiast stosowanego obecnie statycznego — pozwoli wejrzeć głębiej w przyrodę badanych faktów, odsłoni sprawę ich stosowania się... Ten wzgląd powinien zachęcić do szerszego, niż dotychczas, stosowania metody ewolucyjnej w psychjatrycznem badaniu i myśleniu." — Nie zapominajmy, że zrutynowana szablonowa złożoność uchodzi mylnie za głębokość. — W omawianym kierunku dużo pożądanego światła mogłyby dorzucić pamiętne prace uczonego włoskiego prof. P. Mantegazza. Dopiero po zapoznaniu się bliższem z niemi ułatwi się możność dojrzenia zachodzących w psychastenicznych postaciach takich stanów: „jak (okresowo przemijająco) niema w mózgu ani jednej myśli, a jeśli tam pracują jakie, to sprawiają, wrażenie garści tłuczonego szkła". — Jeżeli głos prof. St. Władyczki nie roznosi się z Wyższej Senackiej Trybuny — to chyba jedynie dlatego, że pozostaje On światłem opasan?.

Dr. W. J. HALICKI — Kocborów.

Errata.

str.		zamiast	winno być
21	wiersz 11 od dołu	lemurów	*lemingów*
28	„ 6 od góry	nie jest zdodne	*jest zgodne*
29	„ „ „ „	50 o chorych	*500 chorych*
30	„ 15 „ „	odczynamis	*odczynami*
		erologicznemi	*serologicznemi*

Sprawozdania z Zakł. Psychjatr. w Polsce.

Krajowy Szpital Psychjatryczny „Dziekanka"

Sprawozdanie za rok 1932/33.

(od 1. IV. 1932, do 31. III. 1933).

Zestawił Dyrektor Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Szpital mieści się we własnych gmachach, położonych w Dziekance; poczta i stacja kolejowa Gniezno. Szpital posiada urządzenia dla 1.128 chorych (na jednego chorego przypada 30 m^3).

Na początku roku sprawozdawczego (w dniu 1. IV. 1932) znajdowało się w Dziekance 1.030, w końcu zaś roku (w dniu 31. III. 1933) 1.003 chorych. W opiece rodzinnej przebywało przeciętnie dziennie 66 osób (39 mężczyzn i 27 kobiet).

Dzienna przeciętna ilość pacjentów wyrażała się w liczbie 1.022.

Rewizje: Rewizji Szpitala, kasy i ekonomji dokonał naczelnik lecznictwa specjalnego p. wyż. radca kraj. Mielcarzewicz (3 razy), p. wyż. radca bud. Pospieszalski (4 razy) i radca rach. p. Arndt (3 razy).

Personalja: W dniu 3. czerwca 1932 wstąpił do szpitala w charakterze lekarza ordynatora p. Dr. Bauer Michał, w dniu 10 czerwca 1932 w charakterze lekarza asystenta p. Dr. Jaroszewski Zdzisław, w dniu 1. lipca 1932 w charakterze lekarza asystenta p. Dr. Szpakowski Benedykt, w dniu 28. września 1932 w charakterze praktykanta lekarskiego p. Stencki Tadeusz, w dniu 2 stycznia 1933 w charakterze praktykanta lekarskiego p. Ratajski Stanisław, w dniu 17. stycznia 1933 w charakterze praktykanta lekarskiego p. Kaczmarek Wojciech.

Opuścili służbę: w dniu 15. sierpnia 1932 praktykant lekarski p. Gadzinowski Mieczysław, w dniu 1. września 1932 praktykant lekarski p. Sułkowski Roman, w dniu 1. października 1932 praktykant lekarski p. Busza Bernard, w dniu 1. listopada 1932 lekarz asystent p. Dr. Szpakowski Benedykt.

Zmiana personelu pielęgniarskiego pomocniczego i posługującego wynosiła w stosunku do stanu w dniu 31. marca 1932, 5 proc. dla personelu męskiego (przejście w stan spoczynku 1, wystąpienie ze służby 3, i 10,6 proc. dla żeńskiego (zamążpójście 7).

Na czele Szpitala stoi Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Aleksander Piotrowski.

Z końcem roku sprawozdawczego (w dniu 31. marca 1933) pełnili w Dziekance służbę lekarską obok Dyrektora — następujący lekarze: p. Dr. Wilczyński Franciszek, p. Dr. Świerczek Stanisław, jako prymarjusze, p. Dr. med. Dr. phil. Wize Kazimierz, p. Dr. Bauer Michał, jako ordynatorzy, p. Dr. Zakrzewska Antonina, p. Dr. Kaiser-Świerczkowa Stefanja, p. Dr. Jaroszewski Zdzisław lek. Remelski Franciszek, jako lekarze asystenci, p. Stencki Tadeusz p. Ratajski Stanisław, p. Kaczmarek Wojciech, jako praktykanci lekarscy.

Lekarze składali na zwykłych konferencjach codziennych (z wyjątkiem świąt i niedziel) sprawozdania o ważniejszych wydarzeniach na oddziałach, omawiając stan cielesny i psychiczny ciężko chorych, zabiegi terapeutyczne, zachowanie się nowoprzyjętych chorych i wogóle stan pacjentów i pacjentek z osobliwemi patologicznemi przejawami. Na osobnych posiedzeniach klinicznych i naukowych, lekarze przedstawiali pacjentów i rozpatrywali ciekawe przypadki psychjatryczne, neurologiczne i sądowo-psychjatryczne i omawiali sprawy aktualne z dziedziny psychjatrji, neurologji i pokrewnych dziedzin o ogólnem znaczeniu teoretycznem i praktycznem, oraz wygłaszali referaty, które były drukowane w Nowinach Psychjatrycznych. Lekarze Szpitala brali udział w zjazdach naukowych i jako biegli na rozprawach sądowych. Przypadków sądowo-psychjatrycznych było na obserwacji w Szpitalu 7 (6 mężczyzn i 1 kobieta). Pozatem na rozprawach sądowych, bez poprzedniej obserwacji psychjatrycznej szpitalnej, lekarze wydali orzeczeń 25 (18 orzeczeń w sprawach karnych, 7 w sprawach cywilnych).

W roku sprawozdawczym ogłosili drukiem względnie referowali następujące prace:

I. Dyrektor Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski, redaktor Nowin Psychjatrycznych i Przewodnika Pielęgniarskiego:
1) Typy schizofreniczne (autoreferat).
2) Międzynarodowy Kongres Neurologów w Bernie Szwajcarskim.
3) Sprawozdanie z Dziekanki za rok 1931/32, Now. Psych. I-II, pozatem streszczenia.

II. Dr. med. Dr. phil. K. Wize ogłosił drukiem:
1) Charakter w ujęciu psychologicznem i fizjologicznem, Now. Psych. 1932, I-II., oraz streszczenia i oceny.

III. Dr. St. Świerczek ogłosił drukiem:
1) Wyniki leczenia epilepsji malarją.
2) O leczeniu schizofrenji malarją. Now. Psych. 1932, I-II.
3) Leczenie gardenalowe stanów manjakalnych i depresyjnych.
4) O leczeniu epilepsji (wspólnie z Dr. Kaiser - Świerczkową).
5) Zjazd Psychjatrów Polskich w Białymstoku i Choroszczy w dniach 14.-16. V. 1932, Now. Psych. 1932, III-IV.
Pozatem streszczenia prac innych autorów.

IV. Dr. St. Kaiser - Świerczkowa ogłosiła drukiem:
1) Doświadczenia lecznicze propidonem.
2) O leczeniu epilepsji (wspólnie z Dr. St. Świerczkiem) Now. Psych. 1932, III-IV.

V. Dr. W. Gorzkowski ogłosił drukiem:
1) Kilka uwag o Gardenalu, Gardenal - Natrium i Somnifenie, głównie w leczeniu epilepsji, Now. Psych. 1932, I-II.

VI. Dr. E. Stejkowska ogłosiła drukiem:
1) Spostrzeżenia nad wpływem audycyj radjowych na chorych psychicznie, Now. Psych. 1932, I-II. oraz kilka streszczeń.

Tak samo lekarze i nadpielęgniarze ogłosili drukiem w Przewodniku Pielęgniarskim szereg artykułów oryginalnych, streszczeń i ocen, a mianowicie:

A. Oryginalne prace:

I. Dr. med. Dr phil. K. Wize: Państwowy kurs pielęgniarstwa psychjatrycznego w Dziekance.
II. Dr. St. Świerczek: przyczyny chorób psychicznych.
III. Dr. E. Stejkowska: 1) Chinina, 2) Kilka wiadomości o malarji i jej leczniczem stosowaniu.
IV. Jan Wieczór: Jak powstają choroby zakaźne.

B. Streszczenia:

I. Dr. A. Zakrzewska: 1) Dr. Wroński: Szkolenie pielęgniarek (Zdrowie, 1930,23).
II. Dr. E. Stejkowska: 1) Max Raether: Słowo o rozweselaniu chorych (Geisteskrankenpflege, 1931,8).
III. R. Sułkowski: 1) Dr. K. Wickel: O kąpielach. (Geisteskrankenpflege, 1931,8).
IV. J. Wieczór: 1) R. Brachwitz: Stanowisko pielęgniarza wobec chorych (Geisteskrankenpflege 1931,10).
V. Dr. Dakura: 1) K. Matzke: Kilka uwag o obserwacji chorych podsądnych (Geisteskrankenpflege, 1931, 1).
VI. A. Bartoszakówna: 1) K. Dopf: Pielęgnacja i leczenie chorych

dawniej (Geisteskrankenpflege 1931,2).

2. Dr. Becker: Zgony nagłe (Geisteskrankenpflege 1931,2).

3. F. Greis: Pielęgnowanie chorych przy stosowaniu kuracji malarycznej (Geisteskrankenpflege 1931,2).

4. Junghenn: Rola tkactwa w terapji zajęciowej (Geisteskrankenpflege 1931,3). 5. Ph. Seibert: Służba nocna. (Geisteskrankenpflege 1931,6). 6. H. Hartmann: Gimnastyka lecznicza w Obrawalde (Geisteskrankenpflege 1931,8). 7. Dr. Dobrick: Nowoczesna walka z alkoholizmem. (Geisteskrankenpflege 1932,2).

VII. K. Rynkowska: 1) Klaus Uenze: Starsi pielęgniarze i początkujący (Geisteskrankenpflege 1931,4).

2. Ph. Seibert: Rozrywki dla chorych psychicznie w zakładach psychjatrycznych (Geisteskrankenpflege 1931,4).

Lekarze korzystali z lekarskiej bibljoteki zakładowej oraz z licznych fachowych czasopism krajowych i zagranicznych, abonowanych drogą wymiany za Nowiny Psychjatryczne, mianowicie:

1) Alkoholizm.
2) Archiwum Historji i Filozofji Medycyny.
3) Biografja Lekarska.
4) Czasopismo Sądowo-Lekarskie.
5) Dobro ludu.
6) Droga do zdrowia.
7) Gruźlica skóry.
8) Ginekologja Polska.
9) Kronika dentystyczna.
10) Lekarz Wojskowy.
11) Medycyna.
12) Medycyna Doświadczalna i Społeczna.
13) Medycyna Praktyczna.
14) Nowiny Lekarskie.
15) Nowiny Psychjatryczne.
16) Nowiny Społeczno-Lekarskie.
17) O leczeniu Farmakologicznem.
18) Pamiętnik Wileńskiego Tow. Lekarskiego.
19) Polska Gazeta Lekarska.
20) Prasa Lekarska.
21) Przegląd Dentystyczny.
22) Przegląd Dermatologiczny.
23) Przegląd Piśmien. Lek. Pol.
24) Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy.
32) Wiedza Lekarska.
33) Wiedza i Życie.
34) Wiadomości Kas Chorych.
35) Wiadomości Lekarskie.
36) Zagadnienie Rasy.
37) Zapiski Tow. Naukow. w Toruniu
38) Zdrowie.
39) Annales Médico-Psychologiques.
40) Gazette des Hôpitaux.
41) L'Hygiene Mentale.
42) L'Encéphale.
43) Le Monde Médical.
44) Rivista di Patol. Nervosa e Mentale
45) Rivista di Neurologia.
46) Mentale Hygiene.
47) Mentale Hygiene Biulletin.
48) Fortschritte der Medizin.
49) Geisteskrankenpflege.
50) Zentralbl. für die Gesamte Neurol u. Psychiatr.
51) Protokoły Vedeckych Schôdzek.
52) Dusé
53) Problemy Psychonewrologji razwiw. czełoweka i Pedologii.
54) Podkorowaja Psychofizologja.
55) Problemy Newropatologji.
56) Psichoterapja.

25) Rocznik Psychjatryczny.
26) Rocznik Towarzystwa Naukowego w Toruniu.
27) Terapja Nowa.
28) Trzeźwość
29) Świt.
30) Szkoła Specjalna.
31) Warszawskie Czasopismo Lekarskie.
57) Alkogolizm
58) Usłownye Reflexy.
59) Roślinne żyttia ta nerwowa systema
60) Trudy Psychj. Kliniki Odesk. Gosud. Med Inst.
61) Statewe Żyttia i Seljanki.
62) Robota i Utomlenie.

Kursa:

A. Kursa państwowe z pielęgniarstwa psychjatrycznego.

Od 1920 r. odbywają się regularnie corocznie w Dziekance pod kierownictwem i nadzorem Dyrektora Dr. med. Dr. phil. Piotrowskiego Aleksandra kursy, w których przygotowuje się młodsze siły pielęgniarskie, mające poza sobą conajmniej 3 lata szpitalnej praktyki psychjatrycznej, do egzaminu państwowego z pielęgniarstwa psychjatrycznego. W kursach tych bierze udział personel pielęgniarski z Wojewódzkiego Szpitala Psychjatrycznego Dziekanka oraz z innych szpitali psychjatrycznych. Kursy te zostały upaństwowione dekretem Ministerstwa Spraw Wewnętrznych — Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia Nr. Z. U. 6978/25 z dnia 28. I. 1926. Na kursie wykładają lekarze anatomję, fizjologję, hygjenę, pielęgniarstwo ogólne, psychjatrję ogólną i pielęgniarstwo psychjatryczne. Po skończonym kursie składają słuchacze egzamin państwowy przed komisją złożoną z delegata Rządu jako przewodniczącego, Dyrektora Szpitala i lekarzy docentów jako członków. Po zdanym egzaminie otrzymują absolwenci kursu dyplom dla państwowo uznanych „osób pielęgniarskich", wystawiany przez Urząd Wojewódzki w Poznaniu. Wspomnianych kursów z egzaminem państwowym odbyło się w Dziekance dotąd pięć, dnia 18 IV. 1929, 12. IV. 1930, 27. III. 1931, 17. III. 1932 i 23 III. 1933 r. Ogółem brało udział we wspomnianych 5-ciu kursach 115 pielęgniarzy i pielęgniarek z Wojewódzkiego Szpitala Psychjatrycznego Dziekanka i z innych szpitali psychjatrycznych.

Wynik egzaminów z tych kursów był następujący :

KURS	Dziekanka		Owińska		POSTĘP								Razem
					b. dobry		dobry		dostat.		niedostat.		
	Pielęgniarze	Pielęgniarki	Pielęgniarze	Pielęgniarki	Dziekanka	Owińska	Dziekanka	Owińska	Dziekanka	Owińska	Dziekanka	Owińska	
I.	11	3	—	—	6	—	6	—	2	—	—	—	14
II.	8	10	6	6	11	3	7	9	—	—	—	—	30
III.	10	11	—	3	8	2	9	1	4	—	—	—	24
IV.	3	10	6	4	4	2	5	6	4	2	—	—	23
V.	7	6	6	5	1	1	6	2	5	6	1	2	24
Razem:	39	40	18	18	30	8	33	18	15	8	1	2	115

Na VI-ty kurs zapisało się 16 kandydatów z Dziekanki i 12 z Owińsk.

Personel pielęgniarski Wojew. Szpitala Psychjatrycznego Dziekanka składa się z 136 osób, z tych jest 25 osób starszych, które już nie podlegają obowiązkowi przeszkolenia ze względu na wiek i długie lata służby praktycznej. Z pozostałego personelu złożyło egzamin państwowy z pielęgniarstwa psychjatrycznego 79 osób. Na ostatnim kursie bierze udział 16 osób, tak, że personel nieprzeszkolony liczy 16 młodszych sił, niedawno do Zakładu przyjętych, które będą, po uzyskaniu warunków, stopniowo przeszkolone na kursach. Jeżeli uwzględnimy starszy personel, posiadający za sobą długoletnie doświadczenie w pielęgniarstwie psychjatrycznem, to personel wykwalifikowany w Dziekance wynosi 88, 2 proc.,a niewykwalifikowany 11, 8 proc.

B. Kursy przeciwgazowe: Odbył się także kurs przeciwgazowy. W kursie tym brał udział cały personel pielęgniarski. Wykładał na kursie prymarjusz Zakładu p. Dr. Wilczyński Franciszek, teorję gazów, składniki gazów, zastosowanie oraz ratownictwo sanitarne na wypadek ataku gazowego.

Oprócz tego część personelu pielęgniarskiego Zakładu brała udział w 20 godzinnym kursie obrony przeciwgazowej i przeciwlotniczej, urządzonym przez Polski Czerwony Krzyż w Gnieźnie i przeszła na tym kursie przeszkolenie przepisane dla drużyn sanitarno-ratowniczych.

Personel administracyjny: Kierownikiem Kasy Zakładu był p. Kaczmarek Stanisław, inspektorem p. Cabański Józef, sekretarzem p. Ożegalski Jan, emeryt. major artyl.

Duszpasterstwo sprawiali: Ksiądz proboszcz Chilomer, pastor Schulze i rabin dr. Krausz.

Zakład liczył w roku sprawozdawczym (w dniu 31. III. 1933) urzędników i funkcjonarjuszy:

Etatowych						Klasyfikowanych						Kontraktowych						Pobocznych			Razem
Lekarzy	urzędn. admin.	pom. biurow.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	Lekarzy	urzędn. admin.	pom. biurow.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	Lekarzy	urzędn. admin.	pom. biurow.	rzemieślników	pielęgniarzy	służby	duszpasterzy	organista	prakt. lekarzy	Ogółem
3	2	2	5	38	6	4	1	—	6	13	—	2	1	6	2	85	13	3	1	3	196

Nabożeństwa odbywały się w kaplicy zakładowej dla katolików co tydzień, dla ewangelików co 2 tygodnie, dla żydów (w sali wykładowej) co cztery tygodnie.

Pacjenci katolicy przystępowali do sakramentów św., o ile ich stan psychiczny na to zezwalał.

Stosunek ilościowy personelu pielęgniarskiego do pacjentów przedstawiał się przeciętnie jak 1:7,5. Szpital zatrudniał (w dniu 31. III. 1933) personelu ogółem (lekarzy, urzędników administracyjnych, biurowych, pielęgniarzy i pielęgniarek, rzemieślników, oraz służby gospodarczej i pob.) 196 na przeciętnie dziennie 1003 pacjentów, to znaczy, że ogólny stosunek ilościowy personelu do chorych przedstawiał się jak 1 : 5,12.

W roku sprawozdawczym przypadało w Dziekance na jednego lekarza przeciętnie 114 chorych, w roku 1931/32 181 chorych.

W celach terapeutycznych było stale zajętych przeciętnie 91,4 proc. chorych rozmaitemi pracami: na roli, w ogrodach, pawilonach, w warsztatach, biurach, i robótkami ręcznemi.

Dziedziczność u pacjentów nowoprzyjętych wynosiła 11, 4 proc. Z powodu kryzysu liczba chorych cofnęła się znacznie bądź to, że wielu pacjentów szpital musiał ewakuować, bądź też że przypływ chorych się zmniejszył. Dzienna obsada szpitala spadła o 100 osób. Najwięcej uwydatnił się kryzys u pacjentów samopłacących. W kl. I-ej ilość chorych cofnęła się z 30 do 6, w kl. II-ej z 110 do 26, w kl. III-ej z 148 do 126.

II. Statystyka.

Tablica I.

	m.	k.	razem	mężcz	kobiet	razem
W dniu 31. III. 1932 r. było				519	511	1030
przybyło w czasie od 1. 4. 1932 do 31. 3. 1933 r.				147	116	263
Leczono ogółem				666	627	1293
Ubyło w czasie od 1. 4. 32 do 31. 3. 33 r.						
a) przez wypisanie	115	120	235			
c) przez śmierć	23	32	55	138	152	290
Pozostało na 31. 3. 1933				528	475	1003

Tablica II.

Stan chorych według wyznania.

	rz. k		gr. kat.		pr. sł.		protes.		żydzi		inne		Razem	
	m.	k.	m.	k	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
W dniu 31. 3. 1932 było	387	361	17	19		—	68	78	47	53	—	—	519	511
Przybyło w czasie od 1. 4. 31. do 31. 3. 33.	126	100	—	—	2	—	13	7	6	9	—	—	147	116
Razem;	513	461	17	19	2	—	81	85	53	62	—	—	666	627
Ubyło w r. sprawozdaw.	113	122	—	1	2	—	11	18	12	11	—	—	138	152
Pozostało na 31. 3. 1933	400	339	17	18	—	—	70	67	41	51	—	—	528	475

Tablica III.

Rozpoznanie choroby u pacjentów nowoprzyjętych.

Rozpoznanie	katol. i gr. kat.		protest.		prawosł.		żydzi		inne		Razem	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k	m.	k.	m.	k
Paralysis progr.	30	6	2	3	1	—	—	—	—	—	33	9
Taboparalysis	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1
Psychosis luetica	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2
Arteriosclerosis	2	3	1	1	—	—	—	—	—	—	3	4
Dementia senilis	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	1	4
Psychosis organica	1	3	—	1	—	—	—	—	—	—	1	4
Psychosis traumatica	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	5	—
Psych. ex inanitione	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Psych. intoxicativa	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	3	1
Psychosis Basedovii	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Alkoholismus	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	5	1
Delirium tremens	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Morphinismus et coca-[inismus	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Psych. ex infectione	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Encephalitis letargica	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Oligophrenia	17	14	3	—	—	—	1	3	—	—	21	17
Epilepsja	8	4	—	—	—	—	—	—	—	—	8	4
Psych. man.-depres.	12	26	3	1	—	—	2	3	—	—	17	30
Psychosis reactiva	9	8	—	1	—	—	2	—	—	—	11	9
Schizophrenia	17	6	2	—	1	—	1	1	—	—	21	7
Paraphrenia	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Paranoia	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Psychopathia	4	3	—	—	—	—	—	2	—	—	4	5
Hysteria	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
Sine morbo	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1
Razem:	126	100	13	7	2	—	6	9	—	—	147	116

Tablica IV.

Wiek pacjentów nowoprzyjętych.

	Mężcz.	Kob.
do lat 20	19	6
„ „ 30	57	43
„ „ 40	35	31
„ „ 50	20	20
„ „ 60	9	11
„ „ 70	6	1
„ „ 80	1	4
wiek nieznany	—	—
Razem:	147	116

Tablica V.

Śmiertelność w poszczególnych miesiącach.

	Mężcz.	Kob.	Razem
w kwietniu 1932 r.	—	3	3
w maju „	6	3	9
w czerwcu „	2	2	4
w lipcu „	—	1	1
w sierpniu „	1	3	4
w wrześniu „	—	2	2
w paździer. „	2	2	4
w listopadzie „	3	3	6
w grudniu „	1	4	5
w styczniu 1933 r.	2	5	7
w lutym „	2	1	3
w marcu „	4	3	7
Razem:	23	32	55 *)

*) W tem 4 kobiety i 6 mężczyzn przybyło do zakładu w stanie dogorywania. —

Tablica VI.

Przyczyna zgonu.

Rozpoznanie	Mężcz.	Kobiet	Razem
Paralysis progressiva	12	4	16
Lues cerebri	1	—	1
Status epilepticus	2	—	2
Adynamia cordis	—	2	2
Myocarditis chronica	1	4	5
Marasmus senilis	1	1	2
Pyemia	1	3	4
Tbc, pulm. et intest.	2	9	11
Pneumonia	2	3	5
Peritonitis	—	1	1
Arteriosclerosis	1	1	2
Influenza cum complicatione	—	3	3
Scarlatina cum debilitate cordis	—	1	1
Razem:	23	32	55

Tablica VII.

Stan rodzinny chorych, przyjętych w roku sprawozdawczym.

	Mężcz.	Kob.
samotni	88	47
stanu małżeńskiego	57	56
wdowcy i wdowy	2	11
w rozwodzie	—	—
stan niewiadomy	—	2
Razem:	147	116

Tablica VIII. Poraz który w Zakładzie.

	Mężcz.	Kob.
poraz 1-szy	116	99
„ 2-gi	27	11
„ 3-ci	3	3
„ 4-ty	1	1
„ 5-ty	—	1
„ 6-ty	—	—
„ 7-my	—	1
Razem:	147	116

Tablica IX. Jak długo chorował pacjent przed przyjęciem do Zakładu.

	Mężcz.	Kob.
do 1 miesiąca	45	30
„ 2 miesięcy	10	8
„ 3 „	11	5
„ 4 „	4	1
„ 5 „	2	2
„ 6 „	4	1
„ 1 roku	15	13
„ 2 lat	9	10
„ 3 lat	4	5
„ 5 lat	6	2
„ 10 lat	4	12
ponad 10 lat	5	3
od dzieciństwa	2	1
niewiadomo	26	23
Razem:	147	116

Tablica X.

Wypisano z Zakładu.

Po pobycie w Zakładzie do		wyleczonych		W stanie polepsz.		Bez zmiany		Bez objawów chorobowych		Zmarło		Razem	
		m	k.	m.	k.	m.	h.	m.	k.	m	k.	m.	k.
miesięcy	1	1	—	2	4	8	10	4	2	2	3	17	19
„	2	1	2	6	2	5	8	1	—	2	4	15	16
„	3	5	4	11	15	5	8	1	—	3	2	25	29
„	6	7	4	4	15	4	4	1	—	3	3	19	26
„	12	2	2	3	3	2	3	—	—	1	2	8	10
lat	2	3	3	9	8	4	3	—	—	4	4	20	18
„	5	2	—	7	4	7	6	—	—	5	3	21	13
„	10	—	—	4	5	4	1	—	—	1	5	9	11
„	15	—	—	1	3	—	—	—	—	1	5	2	8
ponad 15 lat		—	—	1	1	—	—	—	—	1	1	2	2
Razem:		21	15	48	60	39	43	7	2	23	32	138	152

Tablica XI.
Klasy wyżywienia.

Klasa wyżywienia.	I kl.		II kl		III kl.		Razem		
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.	razem
Stan w dniu 31. III. 1932	2	7	20	30	497	474	519	511	1030
Przyjęto w r. 1932/33									
a) nowych pacjentów	—	2	8	11	139	103	147	116	263
b) przepisano z in. klas	1	—	1	3	11	12	13	15	28
Razem :	3	9	29	44	647	589	679	642	1321
Ubyło :									
a) przez wypisanie	—	3	7	13	131	136	138	152	290
b) przez przepisane do innych klas	—	1	12	12	1	2	13	15	28
Razem	—	4	19	25	132	138	151	167	318
Pozostało	3	5	10	19	515	451	528	475	1003

Tablica XII. Zawód pacjentów.

a) mężczyźni;	Stan 31.3.32	przybyło w r. sprawozd.	ubyło w r. sprawozd.	pozostało na 31.3.33
Ziemianie	6	—	—	6
Gospodarze rolni	37	11	11	37
Przemysł i rzemiosło	54	26	29	51
Kupcy	35	7	11	31
Uczeni	35	8	8	35
Nauczyciele	6	1	1	6
Uczniowie	15	5	3	17
Urzędnicy i wojskowi	48	17	22	43
Handlarze i kelnerzy	16	3	4	15
Robotnicy	175	54	35	194
Bez zawodu	92	15	14	93
Razem:	519	147	138	528

b) Kobiety:	Stan 31.3 32	przybyło w r. sprawozd.	ubyło w r. sprawozd.	pozostało na 31.3.33
1) bez zawodu:				
żony i córki z inteligencji	41	4	3	42
„ „ ze stanu śred.	101	9	8	102
„ „ „ robot.	156	34	9	181
2) ze stanu zarobkującego:				
nauczycielki i bony	30	6	10	26
krawcowe i modniarki	14	5	8	11
książkowe, sprzedawaczki	31	4	7	28
gospodynie, kucharki	14	2	2	14
pielęgniarki, akuszerki	6	—	—	6
służące, robotnice	118	52	105	65
Razem:	511	116	152	475

Tablica XIII.

C h o r o b y z e w n ę t r z n e.	
a) róża	3 + 4 [1]) / 7
b) świerzb	— + (1) / 1
c) ropnie i wrzodzianki	112 + 84 / 196
d) odleżyny	(1) + (4) [2]) / (5)
e) odleżyny powstałe w Zakładzie	—
C h o r o b y w e w n ę t r z n e	
a) rozwolnienie	7 + 22 / 29
b) czerwonka	—
c) dur brzuszny	3 + 3 / 6
d) gruźlica otwarta	2 + 3 / 5
e) odra	—
f) zimnica	—
g) płonica	— + (1) / (1)
h) błonica	—
i) jaglica	11 + 11 / 22
I n n e n i e p o ż ą d a n e z j a w i s k a	
1) zanieczyszczenie	4 + 4 / 8
2) samowolne opuszczenie Zakładu	
a) z oddziałów otwartych	— + 1 [3]) / 1
b) z oddziałów zamkniętych pod ścisłym dozorem	5 + 1 / 6
3) samobójstwo	—
4) uszkodzenia cielesne z powodu nieostrożności pacjenta	1 + 3 / 4
5) wybryki pacjentów względem pielęgniarzy	2 + 10 / 12
6) bójki pacjentów między sobą	3 + 15 / 18
7) poród z nielegalnego zapłodnienia pacjentki	

[1]) mężczyźni i kobiety / razem

2) pacjenci przybyli z odleżynami.

3) nie uwzględnia się pacjentów mających zupełną swobodę ruchu, którzy się oddalili i sami wrócili.

Tablica XIV.

Terapja	
1) zabiegi chirurgiczne (chirurgja mała)	79 + 97 [1]) 176
2) opatrunki	158 + 180 338
3) karmienie zgłębnikiem	2 + 5 7
4) zastrzyki skopolaminy	—
5) zastrzyki morfiny	—
6) zastrzyki extr. opii.	4 (18) + 9 (120) 13 (138)
7) zawijanie w koce	— —
8) kąpiele prolongowane	
a) ze względów psychjatrycznych	— + 5 (86) 5 (86)
b) ze względów cielesnych	8 (82) + 11 (367) 19 (449)
9) nasenniki	23 (200) + 46 (308) 69 (508)
10) leki stosowane w chorobach somatycznych	296 (3248) + 256 (4072) 552 (7320)
11) leki przeciwko napadom epileptycznym	38 (5488) + 39 (7877) 77 (13365)
12) leki antyluetyczne	33 + 19 52
13) zimnica stosowana w przypadkach p. p.	26 + 6 32
14) zimnica stosowana w przyp. schizofrenji	—
15) autohemoterapja	1 + 14 15
16) elektroterapja	38 (426) + 29 (442) 67 (868)
17) hydroterapja	14 (193) + — 14 (193)
18) masaż	10 (980) + 11 (1340) 21 (2320)
19) zajętych pacjentów było przeciętnie dziennie.	91,4%
Śmiertelność	
1) zmarło ogółem	19 (4) + 26 (6) [2]) 45 (+10)
2) zmarło na gruźlicę	2 + 11 13
3) autopsyj dokonano	3 + 4 7
Uszkodzenia przedmiotów przez pacjentów	
1) szyby i ściany	14 + 12 26
2) meble	—
3) odzież	7 + 10 17
4) bielizna	6 + 7 13

1. Liczby oznaczają ilość chorych.
2. Liczby w nawiasach oznaczają chorych, którzy przybyli do Szpitala w stanie dogorywania i zmarli bezpośrednio po przyjęciu.

III. Administracja.

Zakres czynności poszczególnych urzędników szpitalnych i współdziałanie unormowane jest: regulaminem dla służby z dnia 5. III, 1895, przepisami służby wewnętrznej z dnia 2. III. 1897, przepisami dla służby pielęgniarskiej z dnia 15. VIII. 1901, A, B i C, instrukcjami dla kas z dnia 27. II. 1901, oraz specjalnemi rozporządzeniami Starostwa Krajowego.

Według przepisów obowiązujących, Szpital przedłożył w roku sprawozdawczym perjodyczynych sprawozdań dwutygodniowych 24, miesięcznych po 12 = 144, rocznych 8.

Urzędowanie opierało się na 54 wzorach formularzowych.

Prace powyższe wykonywało trzech urzędników biurowych administracyjnych i 7 kancelaryjnych.

W roku sprawozdawczym urzędnicy Szpitala odbyli 3 podróże służbowe na zarządzenie Starostwa Krajowego, 7 na zarządzedzenie Dyrekcji.

Podróże służbowe w roku 1932 1933

w miesiącu	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XII	XII	I	II	III	razem
	1	2	1	—	—	2	3	—	—	—	—	2	11

Podróże odbywały się w sprawach budżetowych (2 razy), w sprawie przetargu na odzież (1 raz), w sprawie przetargu na pieczywo (1 raz), w sprawie instrukcji o przymusowem ściąganiu zaległości (2 razy), celem zapoznania się z postępami w ogrodnictwie (1 raz), na zjazd strażników pożarnych (1 raz), na pogrzeb ś. p. Dr. Smulskiego do Owińsk (1 raz), pozatem na Zjazd Psychjatrów Polskich do Białegostoku i Choroszczy (1. raz), na pogrzeb śp. marszałka Banaszaka (1 raz).

Żywienie: W klasach I-szej, II-ej i III-ej pacjenci otrzymywali pożywienie 5 razy dziennie, w klasie III b 3 razy dziennie z dodatkami.

W klasie I-szej pacjenci otrzymywali na I-sze śniadanie kawę, mleko i bułki z masłem, na 2-gie śniadanie chleb z masłem, wędliny, lub ser. Obiad składał się 5 dań. Mięso otrzymywali pacjenci codziennie z wyjątkiem dni postnych, w których podawano rybę, na podwieczorek podawano mleko, bułki z masłem, na kolację potrawy mięsne (w dnie postne jajka, rybę, lub inne potrawy postne), chleb z masłem i herbatę.

W klasie II-ej na 1-sze śniadanie podawano kawę, mleko, chleb z masłem, wędliny, lub ser 4 razy na tydzień. Obiad składał się z 4 dań. Mięso otrzymywali pacjenci II-ej kl. codziennie z wyjątkiem dni postnych. Na podwieczorek podawano kawę, mleko chleb z masłem, na kolację ciepłe potrawy mięsne, (w dni postne jajka), chleb z masłem i herbatę.

W klasie III-ej na 1-sze śniadanie chorzy otrzymywali kawę z mlekiem, chleb z masłem, lub smalcem, albo z marmeladą. Na 2-gie śniadanie chleb smarowany i herbatę. Obiad złożony z 3 dań, mięso 3 razy na tydzień; do obiadu: kapustę, budyń, lub kompot z suszonego owocu. Na podwieczorek otrzymywali pacjenci kawę z mlekiem, chleb, na kolację zupę mleczną i chleb, lub herbatę.

Z powodu kryzysu wskazana jest jak najdalej posunięta oszczędność, to też Szpital był zmuszony od połowy marca 1933 r zaprzestać wydawania pacjentom klasy III deseru do obiadu, jak owocu suszonego, budyniu i leguminy.

Na porcję dzienną chorego składało się przeciętnie:

Klasa	chleba	bułek	mięsa	obkładu	tłuszczu	mleka	jarzyn	krupów	ziemniak.	mąki	kawy	cukru	herbaty	jaj	owoców	śmietany	śledzi	ryb	budyniu
	gr	gr	gr	gr	gr	ltr.	gr	gr	gr	gr	gr	gr	gr	szt	gr	gr	gr	gr	gr
I	330	200	260	50	150	0,3	400	50	750	60	30	75	4	1¾	200	50	20	30	3
II	500	—	260	40	120	0,3	350	50	750	30	30	70	4	1	40	30	20	5	3
III	500	—	105	30	80	0,3	400	120	900	30	20	60	2	—	15	—	18	2	30

W czasie świąt i uroczystości pacjenci otrzymywali jeszcze oprócz powyższych ilości 500 gr. placka wzgl. strucla, lub po 2 pączki, 150 gr. kiełbasy i po 2 wzgł. 1 jajku. Chorzy zatrudnieni pożyteczną pracą otrzymywali jako dodatek 20 gr. tłuszczu, 250 gr. chleba i 150 gr. kiszki, lub wędzonej słoniny, wzgl. sera.

Cieleśnie chorzy otrzymywali dodatki do pożywienia zwykłego, składające się z 2 jaj, ½ ltr. mleka wzgl. kakao i 100 — 200 gr. bułek, wzgl. osobną djetę.

Opłata za pacjentów wynosiła w roku sprawozdawczym:

a) za pacjentów z Województwa Poznańskiego:
w klasie I-szej 12,— zł., w klasie II giej 8,20 zł., w klasie III ej 4,50 zł. dziennie.

b) za pacjentów z poza Województwa Poznańskiego:
w klasie I-szej 13,80 zł., w klasie II-ej 9,43 zł, w klasie III-ej 5,18 zł. dziennie.

Gminy z poza Wojew. Poznańskiego płaciły za ubogiego pacjenta 4,50 zł. dziennie. Opłata za utrzymanie dzienne ubogiego z Wojew. Poznańskiego wynosiła 1,85 zł., a jego faktyczne całkowite utrzymanie kosztowało:

	rok 1932									rok 1923		
w miesiącach	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III
złotych	2,66	2,29	2,80	1,72	3,38	2,14	2,80	3,05	3,66	3,69	2,75	3,87

Miejsc bezpłatnych w roku sprawozdawczym nie było. Dni szpitalnych było 369.632, a ogólna suma wydatków wynosiła w tym czasie 1.171.835,01 zł. zatem przeciętnie dzienne koszty utrzymania jednego chorego wynosiły 3.167 zł.

Rozrywki: W okresie sprawozdawczym urządzono dla pacjentów 38 zabaw, a mianowicie: 4 przedstawienia teatralne połączone z tańcami, 6 przedstawień kinematograficznych, 28 zabaw tanecznych, pozatem odbywały się koncerty radjowe w kasynie lekarskiem dla pacjentów. Prócz tego słuchali pacjenci audycyj radjowych z zainstalowanego w paw. VII ż. aparatu radjowego, od którego prowadzą rozgałęzienia na paw. III, IV i VI ż. W dniu 3. maja 1932 odbyła się uroczystość ku uczczeniu Konstytucji, w dniu 11. listopada 1932 akademja z okazji Święta Niepodległości, w dniu 19. marca 1933 akademja z okazji imienin p. marszałka Piłsudskiego. Podczas tych uroczystości wygłoszone zostały okolicznościowe przemówienia i deklamacje, a chór szpitalny śpiewał przy akompanjamencie orkiestry szpitalnej, złożonej przeważnie z pacjentów.

Od wiosny do późnej jesieni pacjenci grywali w tenis, footbal, kręgle, robili wycieczki powozami i samochodami w dalsze i bliższe okolice Dziekanki Dla rozrywki pacjentów Szpital posiada 2 fortepiany, 2 bilardy i w kasynie lekarskiem trzeci, z których pacjenci często korzystali.

Na przedstawienia teatralne, koncerty, do kina i na inne widowiska w Gnieźnie posyłano socjalnych pacjentów. Wstępne za pacjentów niezamożnych opłacał Szpital.

W dniu 5. stycznia 1933 odbyło się w sali Szpitala podniosła uroczystość łamania opłatka, połączona z obchodem pięciolecia istnienia miejscowego Koła Stowarzyszenia Urzędników Poznańskiego Samorządu Wojewódzkiego. Udział w uroczystości był bardzo liczny, poza miejscowymi członkami ich rodzinami i gośćmi, przybyło 40 osób z Poznania, wzgl. innych placówek.

Obecnością swoją zaszczycili uroczystość p. Starosta Krajowy Begale z małżonką, Ks. Infułat Krzeszkiewicz, Wyższy Radca Krajowy p. Mielcarzewicz, Ks. Dyrektor Ludwiczak, Dyrektor Szpitala p. Dr. med. Dr. phil. Piotrowski, oraz szereg wyższych urzędników i poważniejszych obywateli. Po odśpiewaniu kilku pieśni przez chór szpitalny, wygłosił słowo wstępne prezes komitetu p. Małecki, a przemówienie okolicznościowe Ks. Infułat Krzeszkiewicz. Pozatem przemawiał w serdecznych słowach p. Starosta Krajowy Begale, składając życzenia obecnym i apelując o dalszą sumienną i owocną pracę dla dobra społeczeństwa i państwa.

Po zakończeniu oficjalnych uroczystości odbyła się wspólna herbata, a następnie zabawa taneczna, która przeciągnęła się do rana. Po skończonej zabawie uczestnicy uroczystości wzięli udział w mszy św., którą o godz. 7 rano odprawił w kaplicy szpitalnej na intencję Stowarzyszenia Ks. Proboszcz Chilomer.

Wszyscy uczestnicy wynieśli z uroczystości jaknajmilsze wspomnienie.

Inwestycje: W roku sprawozdawczym postawiono murowany parkan, okalający cmentarz szpitalny od strony wschodniej i zachodniej; obecnie cmentarz jest całkowicie otoczony murem. Ustawiono na cmentarzu około 700 sztuk betonowych tablic nagrobkowych z wyrytem imieniem i nazwiskiem zmarłego pacjenta; z powodu kryzysu wykonanie dalszych tablic musiano odłożyć do czasu lepszej konjunktury.

Przeprowadzono całkowity remont malarski w pawilonach III m. IV ż., w 14 pokojowej willi dla lekarzy ordynatorów, pomalowano farbą ochraniającą od rdzy parkan otaczający willę, pomalowano halę maszyn wraz z oknami i drzwiami, przeprowadzono remont ciesielski przy 14-tu werandach pawilonowych, werandy pomalowano w celach konserwacyjnych, postawiono nowe parkany sztachetowe okalające ogrody maszynisty i nadpielęgniarza, parkany pomalowano. W budynku administracyjnym pomalowano zewnętrznie wszystkie okna od strony wschodniej, zachodniej i północnej, w celach konserwacyjnych, dalej pomalowano 3 ubikacje, w których mieszczą się laboratorjum i składnica apteczna, 1 pokój mieszkalny lekarza asystenta, w budynku gospodarczym wybielono kuchnię i wszystkie ubikacje poboczne, korytarz, dalej klatkę schodową i korytarz prowadzący do stolarni, pozatem pomalowano olejną farbą 4 ubikacje, gdzie mieszczą się łaźnie i natryski dla pacjentów, w kuchni pomalowano farbą chroniącą od rdzy 8 okien żelaznych,

w kaplicy szpitalnej naprawiono uszkodzone miejsca, pomalowano ołtarze, 2 zakrystje, 2 drzwi wejściowych, postawiono i pomalowano nowy chór z 2 wejściami, w pawilonie V m. pomalowano 2 korytarze, łazienkę, 2 klozety i 15 drzwi, w pawil. VI. m. pomalowano 2 przedsionki, łazienkę, 2 drzwi, w pawil. V. ż. pomalowano 2 przedsionki, na willi lekarzy ordynatorów wybudowano nowe kominy, bo stare były zrujnowane i zagrażały zawaleniem. Pomalowano kręgielnię, pokój odźwiernego, w mieszkaniach pielęgniarzy pomalowano 21 pokoi, 10 kuchen, 3 korytarze i 2 klozety, w budynku administracyjnym przebudowano ubikację, służącą innym celom, na kuchnię dla żonatego lekarza, zainstalowano elektryczną stację kontrolną służby nocnej, wyremontowano przez pożar zniszczoną suszarnię do suszenia owoców, zakupiono kocioł do ogrzewania oranżerji w miejsce zużytego starego, zakupiono 90 mtr. węża parcianego do hydrantów, piec kąpielowy do mieszkania lekarza-prymarjusza, założono w kotłowni nowe rury płomieniowe do kotła dla ciepłej wody, naprawiono dużą pompę wirową do pompowania ścieków, ustawiono nowe słupy do przewodów elektrycznych na drodze wiodącej z Szpitala na folwark, zrobiono w warsztatach szpitalnych i zainstalowano w pawil. VII ż. szafę żelazną do ogrzewania bielizny dla chorych, uszczelniono szwy przy kotle parowym Nr. 17088, położono nowe ruszty w trzech kotłach parowych Nr. 17088, 17089 i 17090, w kotłowni założono nowe rury do wody kondensacyjnej, w pawil. IV. ż. założono nowe rury do centralnego ogrzewania.

W roku sprawozdawczym nabyto:

a) 251 sprzętów kuchennych,
b) uzupełniono urządzenia hygieniczne, zużyto 2.260 kg. mydła do prania, czyszczenia oddziałów, oraz do mycia i kąpania chorych,
c) zakupiono 31 książek w 38 tomach dla bibljoteki beletrystycznej, pozatem Zakład prenumerował dla chorych 5 gazet codziennych i 5 czasopism ilustrowanych, które po oprawieniu kompletnych roczników włączono do bibljoteki beletrystycznej, tak, że ogółem nabyto 31 + 5 = 36 książek.
d) nabyto 12 dzieł naukowych do bibljoteki lekarskiej, prenumerowano 62 czasopisma lekarskie, oraz 3 dzienniki urzędowe dla administracji Szpitala.

Z końcem roku sprawozdawczego Szpital posiadał ogółem:

a) w bibljot. lekarskiej 1007 dzieł w 1096 tomach,
b) „ „ administr. 195 „ „ 243 „

c) w bibljot. beletryst. 2515 dzieł w 3728 tomach

W roku sprawozdawczym zużyto w Zakładzie:

a) opału: 1953050 kg. węgla, 152000 kg. koksu, oraz 60 m^3 drzewa opałowego. Materjał ten zużyto: w okresie zimowym do opalania 384 ubikacyj, oraz oranżerji, przez cały rok zaś: w kotłowni, kuchni, pralni, i prasowni. W ubikacjach mieszkalnych utrzymywano temperaturę od 16-20°C;

b) prądu elektrycznego, siły, światła, 156.950 kilowatów. Oświetlano 130 ubikacyj, o ogólnej pojemności 89 826 kbm. przez cały rok przeciętnie po 11 godzin dziennie, oprócz tego oświetlano drogi i place szpitalne, oraz odcinek szosy, przy której Szpital jest położony, pozatem korytarze w domach mieszkalnych;

c) wody zużyto 183 600 kbm.

Uzupełniono oddział hydroterapeutyczny urządzeniem duszu parowego oraz masażu wodnego.

Ćwiczenia straży ogniowej Szpital posiada własną straż ogniową, składającą się z 54 członków (pielęgniarzy) i wyposażoną w potrzebny sprzęt.

Co miesiąc odbywają się próbne alarmy i ćwiczenia straży ogniowej pod kierownictwem naczelnika, którym jest techniczny pomocnik inspektora. Straż pożarna bierze udział w ratownictwie przy pożarach, w najbliższej okolicy Dziekanki. Udział w ratownictwie stanowi równoważnik miesięcznego ćwiczenia.

W roku sprawozdawczym szpitalna straż pożarna brała wydatny udział w ratownictwie przy pożarach w Cukrowni Gnieźnieńskiej, w Skiereszewku i Piekarach; w ostatnich dwóch miejscowościach była jako pierwsza na miejscu pożaru.

Sprawozdanie z gospodarstwa rolnego.

Ogólny obszar gospodarstwa rolnego wynosi 532 mórg, z tego przypada na obszar uprawny 465 mg., resztę obszaru stanowią podwórze, drogi, woda, cmentarz szpitalny, i t. p.

I. Gospodarstwo rolne jest prowadzone w kierunku zaopatrzenia Szpitala w produkty rolne i tem samem opiera się głównie na: a) produkcji mięsa wieprzowego i wołowego, b) nabiału, c) warzywa i owoców, d) płodów rolnych.

Ze względu na stosunkowo mały obszar gospodarstwa rolnego, całkowite pokrycie zapotrzebowania Szpitala na poszczególne produkty rolne, technicznie i gospodarczo jest niemożliwe, prócz warzywa i owoców, których produkcja pokrywa w całości zapo-

trzebowanie Szpitala. Jednakże obecnie prowadzony system gospodarczy idzie w kierunku racjonalizacji gospodarstwa rolnego, aby produkcję stopniowo zwiększyć. Wymaga to dłuższego czasu ze względu na to, że rolnictwo nie znosi radykalnych i szybkich pociągnięć, a w dodatku ciężka sytuacja finansowa nie pozwala na przeprowadzenie szybszej racjonalizacji całokształtu gospodarstwa rolnego.

II. Wyniki techniczno - rolnicze głównych płodów rolnych w stosunku do 1 mg.:

a) żyto	7,50	ctr.
b) pszenica	8,25	„
c) jęczmień	10,75	„
d) owies	11,20	„
e) kartofle	95,—	„
f) buraki cukrowe	139,—	„

Produkcja mleka wynosiła 68,414 ltr., a przeciętnie na krowę 2.880 ltr.

Produkcja mięsa wynosiła:

a) wieprzowego	278,—	ctr.
b) wołowego	165,—	„
c) cielęcego	16,—	„

III. Nawożenie roli:

Ze względów ekonomicznych zostały dawki nawozów sztucznych (azotowych, fosforowych i potasowych) do połowy zmniejszone kosztem stosowania w ich miejsce nawozów naturalnych (obornika, kompostu i gnojówki) i płodozmianu.

IV. Inwentarz żywy:

	Konie	Bydło	Świnie	Owce	Drób
Stan w dniu 31. III. 1932 r.	16	45	102	14	64
Przybyło przez kupno w czasie od 1. 4. 32. do 31. 3. 33	6	—	—	1	8
Przybyło przez przychówek w czasie od 1. 4. 32. — 31. 3. 33.	—	24	146	14	68
Razem:	22	69	248	29	140
Ubyło przez sprzedaż } w czasie od 1. 4. 32 do 31. 3. 33.	4	37	139	4	65
Ubyło wskutek choroby } w czasie od 1. 4. 32 do 31. 3. 33.	—	—	6	2	9
Stan w dniu 31. III. 1933 r.	18	32	103	23	66

V. Dokonane inwestytucje:

A. Inwentarz żywy:

1) Konie uzupełniono drogą selekcji do 75 proc. w stosunku do poprzedniej siły pociągowej.

2) Bydło rogate poprawiono w jakości przez zwiększenie wydajności mleka o 100 proc. Obecna wydajność mleka wynosi na sztukę przeciętnie 11,50 ltr.

Ze względów ekonomiczno-gospodarczych prowadziło się oborę w kierunku zwiększonej produkcji mleka i mięsa z wyłączeniem trzymania, wzgl. chowu cieląt.

3) Chodowla świń została pod względem jakości poprawiona i nastawiona na produkcję mięsa przez uzyskanie większego przychówku.

4) Chodowlę drobiu nastawiono głównie na produkcję jaj (kury) i mięsa (gęsi, kaczki, indyki). Gospodarka drobiem wymaga stopniowego zracjonalizowania, co pociąga za sobą również zmianę pomieszczenia dla drobiu.

B. Inwentarz martwy:

Narzędzia i maszyny rolnicze uzupełniono częściowo drogą gruntownej naprawy, oraz częściowo drogą kupna. Pozatem naprawiono zniszczone wozy robocze, powózki, uprząż i drobniejsze przedmioty gospodarcze.

C. Budynki:

Wykonano reperację dachów stodoły Nr. 1 i 2, stajni, śpichlerza, świniarni i domu mieszkalnego. Wybudowano oborę dla bydła młodego i opasowego, oraz szopę na narzędzia rolnicze. Naprawiono 7 wrót u stodół i założono 1 wrota nowe, naprawiono wszystkie drzwi w stajni, oborze, i świniarni. Nad świniarnią wykonano 2 nowe balkony i drzwi do składania słomy. Rezebrano przybudówkę za świniarnią, a drugą przerobiono dla drobiu. Wszystkie drzwi i wrota w budynkach gospodarczych posmarowano w celach konserwacyjnych karbolineum.

VI. Różne:

1) Splanowano i wybrukowano część podwórza przed świniarnią, oraz połowę drogi głównej przejazdowej od bramy do domu mieszkalnego.
2) Stworzono ogrodzony wylot dla świń (macior i prosiąt), oraz naprawiono i splanowano okólnik dla bydła.
3) Przełożono instalację światła elektrycznego z Zakładu na folwark, pozatem zwiększono ilość lamp elektrycznych.

Większą część prac dokonano przy pomocy pacjentów, którzy wykonują wszelkie prace w gospodarstwie rolnem.

Administratorem folwarku jest od dnia 1. IV. 1932 r. agronom p. M. Buschke, który pozatem pełni nadzór nad 12 gospodarstwami rolnemi należącemi do P. W. Z. K.

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

Kasy Filjalnej Wojewódzkiego Związku Komunalnego Poznańskiego „Dziekanka"

za rok budżetowy 1932/33

§	pozycja	Określenie pozycji	Budżet przewidywał zł	Wydano zł	W porównaniu z budżetem mniej	więcej
1	2	3	4	5	6	7
		A. WYDATKI.				
1	a	Pobory personelu lekarskiego	60.744,—	49 116,50	11 627,50	
	b	Pobory person. pomocn. lekarsk.	213.060,—	197.003,—	16 057,—	
	c	Pobory personelu administrac.	34.332,—	35.654,95		1.322,95
	d	Pobory person. techn. i gospod.	62.378,—	60.545,—	1.833,—	
	e	Świadczenia osobiste na personel	105.674,75	68.034,86	37.639,89	
	f	Świadczenia socjalne na personel	38 760,—	25.531,06	13.228,94	
	g	Inne	300,—	286,70	13,30	
2	a	Wydatki biurowe	5 620,—	6.124,88		504,88
	b	Wydawnictwa	3 440,—	4.119,—		679,—
	c	Środki lokomocji	5.000,—	7.192,58		2.192,58
3	a	Remont budynków	46.560,—	50.700,48		4.140,48
	b	Utrzymanie placów, dróg, chodników, ogrodów ozdobn., cment.	2.500,—	2.316,06	183,94	
	c	Remont urządz. instalac. i techn.	33.000,—	29.765,49	3.234,51	
	d	Opał	118.000,—	112.524,81	5.475,19	
	e	Światło	2.280,—	1 089,36	1 190,64	
	f	Woda i kanały		—		
	g	Ubezpieczenia od ognia	1,850,—	3.608,84		1.758,84
4	a	Meble i inne sprzęty dom. i gosp.	8,000,—	5.014,26	2.985,74	
	b	Aparaty i urządzenia lekarskie	2,000,—	1.990,34	9,66	
	c	Bielizna, odzież i obuwie	78,000,—	51.737,85	26 262,15	
	d	Ubezpieczenie mobiljaru od ognia	650.—	642.16	7,84	
5	a	Żywienie	417.521,65	318.006,76	99.514,89	
	b	Środki lekarskie	11.200,—	14.167,84		2.967,84
	c	Opieka duchowna	3.300,—	2.984,08	315,92	
	d	Kulturalne i wychowawcze	3.000,—	2.003,42	996,58	
	e	Higjena	7.000,—	5.117,79	1.882,21	
	f	Pogrzeby	700.—	428,61	271.39	
	g	Różne wydatki związane z przyjęciem i zwolnieniem chorych	440,—	38,10	401,90	
6		Wypłata zarobków chorym wzgl. premje za prace	1.600,—	1.519,30	80,70	
7		Wydatki na gospodarstwo rolne	102.342,	80.110 34	22.231,66	
8	a	Podatki i ciężary	1.540,—	1.113,54	426,46	
	b	Różne i nieprzewidziane	607,60	62,04	545,56	
		Zwroty		33 285,01		33.285,01
		Razem:	1.371.400,—	1.171.835,01	246.416,57	46.851,58
					199.564,99	

§	pozycja	Określenie pozycji	Budżet przewidywał zł	Wpłynęło zł	W porównaniu z budżetem mniej	więcej
1	2	3	4	5	6	7
		B. DOCHODY.				
1	a	Z gospodarstwa rolnego	107.311,—	70.544,23	36.766,77	
	b	Z czynszu	16.750,—	17.938,15		1.188,15
2	a	Koszty żywienia	11.627,50	6.713,67	4.913.83	
	b	Za światło i opał pp.	1.100.—	2.174,58		1.074,58
	c	Inne	2,500, –	1.183,91	1.316,09	
3	a	Od osób samopłacących	368.212,—	251.671,69	116.540,31	
	b	Od Kas Chorych i innych instyt	169.721,35	93.382,86	76.338,49	
	c	Od Poznańskiego Wojewódzkiego Związku Komunalnego	83.055,75	89.406,80		6.351,05
	d	Od innych związków komunal.	591.190,50	555.731,05	35.459,45	
4		Opłaty za specjalne zabiegi	8.600,—	5.516,47	3.083,53	
5		Opłaty za korzyst. z przychodni				
6		Wpływy za prace wyk. przez chor.	2.000,—	2.000,—		
7		Ofiary i zasiłki od instytucyj i osób prywatnych				
8		Subwencje od związków kom.				
9		Subwencje i dotacje Skarbu Pań.				
10	a	Wydawnictwa	1.300,—	895,10	404,90	
	b	Odpadki kuchenne	1.500,-		1.500,—	
	c	Za sprzedane surowe skóry z właściwego uboju	4.000,—	1.108,57	2.891,43	
	d	Opłata za używanie samochodu przez urzędników i obcych	1.100,—	476,05	623,95	
	e	Zwrot kosztów pogrzebowych	700,—	1.100,50		400,50
	f	Inne	731,90	1.305,46		573,56
11		Dopłata Pozn. Woj. Zw. Kom.		20.000,—		20.000,—
		Zwroty		5.588,61		5.588,61
		Razem:	1.371.400, —	1.126.737, 70	279.838,75	35.176,45
					244.662,30	

Dochody w gotów. w okresie budżetowym 1932/33 wynoszą według niniejszego zestawienia	1.126.737,70
a rozchody	1.171.835,01
Zatem niedobór w gotów. wynosi	55.001,31
Na końcu roku budżetowego 1932/33 pozostały niereg. koszty utrzymania za pacjentów, które się ściąga, w kwocie	121 843,21
Nadwyżka budżetowa wynosi	66.645,90

Sprawozdanie finansowe folwarku Dziekanka

za rok 1932/33.

§	pozycja	Określenie pozycji	Budżet przewidywał zł	Wydano wzgl. wpłynęło zł	V porównaniu z budżetem mniej	więceej
1	2	3	4	5	6	7
		A. WYDATKI.				
1	a	Wynagrodz dla agron. P.W.Z.K.	1.064,—		1.064,—	
	b	„ dla administratora	4.295,—	3.514,—	781,—	
	c	Zasługi innych pracowników	11.804,—	11.253,50	550,50	
	d	Za prace pacjentów	2.000,—	2.000,—		
2	a	Świadczenia socjalne	1.040,—	679,30	360,70	
	b	„ specjalne	3.300,—	3.120,—	180,—	
	c	Inne	240,—	60,56	179,44	
3		Wydatki biurowe	344,—	398,97		54,97
4	a	Opał	1.755,—	1.710,—	45,—	
	b	Swiatło	325,—		325,—	
5	a	Utrzym. i inwestycje budynków	7.000,—	8 044,89		1 044,89
	b	Utrzymanie narzędzi rolniczych	6.000,—	6.679,26		679,26
	c	Fundusz odnowienia maszyn	500,—	1.919,42		1.419,42
6	a	Zakup inwentarza żywego	6,700,—	5 566,87	1.133,13	
	b	Pasza	28,853,49	13.552,62	15.300,87	
	c	Opieka weterynaryjna	800,—	590,80	209,20	
	d	Opłata za stanowienie	60,—	20,—	40,—	
	e	Pszczelnictwo	160,—	55,10	104,90	
7	a	Rolnictwo	15,381,10	12.999,45	2.381,65	
	b	Ogrodnictwo i sadownictwo	1,047,95	915,45	132,50	
	c	Leśnictwo				
8		Różne ciężary publiczne	2.600,—	1.788,11	811,89	
9		Różne nieprzewidziane	2.432,46	2.414,04	18.42	
10		Zwroty	4.640,—	2.828,—	1 812,—	
		Razem:	102.342,—	80.110,34	25.430,20	3.198,54
		B. DOCHODY.				
1	a	Konie	400,—	400,—		
	b	Bydło rogate	2.100,—	6.308,84		4.208,84
	c	Trzoda chlewna	12.000,—	12.328,76		328,76
	d	Drób	250,—	792 29		542,29
	e	Pszczelnictwo	120,—	62,40	57,60	
2	a	Rolnictwo	48 561,—	18.021,63	30.539,37	
	b	Ogrodnictwo i sadownictwo	15.569,—	18 126,40		2.557,40
3		Nabiał	18.000,—	10.052,63	7.947,37	
4		Różne nieprzewidziane	2.371,—	1.199,28	1.171,72	
5		Zwroty	7.940,—	3.252,—	4.688,—	
		Razem:	107.311,—	70.544,23	44 404,06	7.637,29
					36.766,77	

Wydatki wynoszą 80.110,34 zł
Dochody „ 70.544,23 zł

Mniej 9.566,11 zł

NADESŁANE

Komunikat tymczasowy.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego zawiadamia zgodnie z decyzją przyjętą na Walnem Zgromadzeniu XII Zjazdu Psychjatrów Polskich, że *XIII Zjazd Psychjatrów Polskich* odbędzie się 12-15 września 1933 r. jako sekcja psychjatryczna Zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu. Zarząd Główny wspólnie z komitetem organizacyjnym Zjazdu podaje do wiadomości, że tematy główne na Zjeździe są następujące:

I. Zaburzenia psychiczne i cielesne przy schorzeniach ośrodków podkorowych:

II. Biologja kryminalna.

Na referentów zaproszeni zostali następujący prelegenci:

I. Zaburzenia psychiczne i cielesne przy schorzeniach ośrodków podkorowych:

a) prof. *M. Rose* (Wilno) Anatomja normalna i patologiczna ośrodków podkorowych.

b) prof. *F. Czubalski* (Warszawa) Fizjologja ośrodków podkorowyoh.

c) prof. *S. Pieńkowski* (Kraków) Zaburzenia psychiczne i nerwowe w schorzeniach podkorowych.

II. Biologja kryminalna:

a) dr. *S. Batawia* (Warszawa) Stan badań biologiczno-kryminalnych w Europie i Ameryce oraz cele i metody tych badań.

b) płk. *J. Nelken* (Warszawa) Typy kryminalne; biologja kryminalna i psychjatrja.

c) doc. *Mydlarski* (Warszawa) Znaczenie badań antropologicznych dla biologji kryminalnej.

d) dr. *K. Mikulski* (Warszawa) Rola otoczenia w powstawaniu przestępstw.

e) prof. *S. Borowiecki* i prof. *Horoszkiewicz* (Poznań) Symulacja ze stanowiska biologicznego.

Uwaga. W celu ułożenia programu uprasza się o przesyłanie tytułów zgłaszanych odczytów do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego (J. Handelsman: Pruszków — Tworki), w sprawach organizacyjnych Zjazdu uprasza się o zgłaszanie do przewodniczącego Komitetu organizacyjnego XIII Zjazdu Psychjatrów Polskich (pod adr. prof. S. Borowieckiego: Poznań, Północna 10)

Sekcja Eugeniczna XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników.

Rada Główna Polskiego Towarzystwa Eugenicznego zawiadamia, że najbliższy, doroczny Zjazd Delegatów Polskich Towarzystw Eugenicznych odbędzie się w Poznaniu, jako Sekcja Eugeniczna XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników w dn. 12 - 15 września 1933 r.

Tematy główne na Zjazd są następujące:

Doc. Stojanowski — „Rasa a małżeństwo".

Doc. Dr. med. Wł. Sterling — „Selekcja talentów i genjuszów".

Sędzia Sądu najwyższego — Kazimierz Feleszyński — „Reforma prawa małżeńskiego".

Prezes Dr. med. Leon Wernic — „Eugenika jako nauka i jej granice".

Sekcja zwraca się z prośbą o zgłaszanie prac o tematach pokrewnych do Przewodniczego Sekcji Eugenicznej Dr. med. Leona Drożyńskiego (Poznań, Plac Wolności 7) do dnia 1 IV. 1933 r.

Nowe prądy w opiece nad chorymi psychicznie.

Okres wojenny a niemniej i powojenny z wszystkiemi jego wstrząsami, zmianami i kryzysami, stawiał wobec człowieka wymagania w stosunku do czasów przedwojennych tak wysokie iż trudno się dziwić, że ten człowiek nieraz sprostać im nie może i załamuje się psychicznie lub nerwowo. Wraz z następstwami chorób wenerycznych, głównie kiły, oraz alkoholizmu, powoduje to wyraźny wzrost chorób psychicznych i nerwowych. W Polsce znajduje się około 100 tysięcy psychicznie chorych, a miejsc dla tych chorych jest około 15 tysięcy. Dodać należy, że mimo tego stosunku szpitale nie mogą być należycie wykorzystywane, ponieważ społeczeństwo z powodu ubóstwa aż nadto często nie może za swych chorych płacić.

Zatem — położenie jest poważne. Przy obecnym braku środków budowanie szpitali na przeszło 80 tysięcy chorych jest niepodobieństwem, zwłaszcza jeśli się zważy, że prócz kosztów wybudowania samych szpitali, ogromne sumy pochłaniałoby ich utrzymanie, wymagające znacznej ilości służby.

Niepodobna jednak zostawić tych chorych bez należnej im opieki.

Wyjście z sytuacji próbuje znaleźć Warszawskie Towarzystwo Opieki nad Psychicznie i Nerwowo Chorymi, opierając swą działalność na nowych założeniach bardziej dostosowanych do nowoczesnych, nieuprzedzonych poglądów na zagadnienie samych chorych i znaczenie oraz wartość opieki uświadomionego pod tym względem społeczeństwa.

Dotychczas trzymano się zasady, że chorego psychicznie należy oddać do szpitala natychmiast, jak tylko choroba się ujawni i trzymać go w nim, aż do zupełnego wyleczenia. Uzasadniono to przedewszystkiem obawą, że chory może być niebezpieczny dla siebie i otoczenia.

Studja nad chorymi umysłowo wykazały, iż obawa ta jest bardzo przesadzona, zwłaszcza w Polsce, której ludność nie wykazuje tak krwawych i zbrodniczych instynktów, jak się może je obserwować gdzieindziej Statystyka nie wykazuje bynajmniej, aby wśród zbrodniarzy znajdowała się taka ilość chorych umysłowo, jaka mogłaby te obawy usprawiedliwić. Przeciwnie, prawdopodobnie niezbyt rozminiemy się z prawdą, jeśli obawy te w wielkiej części przypiszemy przestarzałym i dawno przez naukę odrzuconym przesądom, jakoby każdy chory psychicznie był już temsamem zbrodniarzem, zboczeńcem, człowiekiem wynaturzonym i t. d. Wobec tego mylnem jest zdanie jakoby chorego psychicznie należało czemprędzej umieścić w szpitalu, pozbawiając go przez te opieki najbliższych, którzy o wiele lepiej orjentują się w jego psychologji od obcych. Prócz tego przeniesienie chorego z otoczenia, do którego przywykł i które zna, do szpitala ze wszystkiemi jego ograniczeniami i surowo przestrzeganemi przepisami z konieczności pociągającemi za sobą ograniczenia, nieraz bardzo daleko idące, zwęża znacznie rozpiętość świata otaczającego, wykoleja chorego i musi być dlań przykre, że już pominiemy wpływ otoczenia, składającego się przecież z chorych, wpływ często niepożądany, nierzadko działający na chorego ujemnie. Chory, który w normalnych warunkach mógłby może uspokoić się szybko, w szpitalu pod wpływem otoczenia walczy z chorobą dłużej i łatwiej się jej poddaje. Tylko w wypadkach stwierdzonego przez lekarza niebezpieczeństwa dla siebie i otoczenia, lub też w wypadku gdy ma się do czynienia z osobnikiem zupełnie pozbawionym opieki, konieczne jest niezwłoczne umieszczenie go w szpitalu.

To samo dotyczy ozdrowieńców, których do niedawnych czasów trzymano w szpitalu do odzyskania zupełnego zdrowia.

Trudno aby człowiek powrócił do właściwej sobie normy w warunkach nienormalnych, natomiast nie ulega wątpliwości, że korzystnie działa na niego powrót do warunków normalnych, zwłaszcza do pracy, oczywiście w tym stopniu, w jakim jest do niej zdolny i w jakim może jej podołać. Świadomość, że się jest pożytecznym i na coś potrzebnym, że się ma swe miejsce w szeregu i społeczeństwie, jest jednym z najsilniejszych bodźców życiowych, jest zachętą do życia, której zwłaszcza potrzebują chorzy psychicznie tak często o sobie i swej wartości wątpiący.

Rozumie się, że wszystko to byłoby niemożliwe bez czynnej pomocy uświadomionego społeczeństwa, którego rola w ten sposób staje się bodaj czy nie równą roli lekarza.

Wychodząc z tych założeń Sekcja Pozazakładowa Warszawskiego Towarzystwa Opieki nad Psychicznie i Nerwowo Chorymi przystąpiła do akcji dążącej do uświadomienia w tych sprawach jak najszerszych warstw społeczeństwa oraz wprzągnięcia ich do tej pracy przez zakładanie na prowincji, w miasteczkach i wsiach kół i kółek poświęconych Opiece nad Psychicznie i Nerwowo Chorymi, które by się w przyszłości złączyły w jedno wielkie Towarzystwo Opieki nad Psychicznie i Nerwowo Chorymi. W tym celu wymienione już Towarzystwo zamierza zwrócić się do najszerszych warstw za pośrednictwem dzienników, radja, odezw, broszur, powiastek i t. d.

Rzecz polega na tem, aby przedewszystkiem usunąć i rozproszyć przesądy panujące zwłaszcza na wsi w stosunku do chorych psychicznie. Wytłomaczyć szerokim warstwom społeczeństwa, iż niema przyczyny bać się ich, lecz przeciwnie, przez odpowiednio rozumne, łagodne i ludzkie postępowanie można bez zakładu pomóc do ich wyzdrowienia i przywrócenia im ich użyteczności i wartości społecznej. Stworzyć koła i kółka z poważnych obywateli, którzy zdołaliby zapewnić chorym suchy i ciepły kąt, schludną odzież, dostateczne pożywienie i opiekę, a wreszcie, kiedy to już będzie możliwe, odpowiednie zajęcie.

Wspólnemi siłami nawet najmniejszemu skupieniu ludzkiemu nie przyjdzie to trudno zwłaszcza gdy ludzie zapukają do swych dobrych serc. W ten sposób chory nikomu specjalnie nie będzie ciężył, znacznie mniejszym kosztem i prędzej spowoduje się jego wyzdrowienie, nie będzie się musiało, jak to się dzieje dotychczas płacić tysięcy złotych za ludzi, którzy właściwie marnują się, zapobie-

gnie się poniewierce nieszczęsnych chorych, gdy gminy za nich płacić nie mogą oraz przywróci się ich społeczeństwu.

O informacje zgłaszać się proszę do Dyrekcji szpitala Św. Jana-Bożego w Warszawie.

Polski Związek Przeciwgruźliczy.

Komunikat.

Dnia 4-go grudnia r. b. (w niedzielę) odbyło się w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny Walne Zebranie Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, na które przybyło 55 delegatów, reprezentujących 134 Tow. Przeciwgruźlicze z całego kraju, oraz Instytucje Społeczne i Zarząd Związku.

W dniu 8 grudnia r. ub. odbyło się zwołane przez Polski Związek Przeciwgruźliczy zebranie informacyjne w sprawie utworzenia w Zakopanem Instytutu dla badań gruźlicy i klimatu.

Zebranie jednomyślnie powitało z uznaniem inicjatywę Zakopanego zdążającą do zapełnienia poważnej luki w zakresie studjów nad gruźlicą, jaką jest brak w Polsce Instytucji naukowej specjalnie poświęconej badaniom nad tą chorobą i jej zwalczaniem.

Sprawę zwołania Komisji dla opracowania statutu nowej placówki oraz szczegółów organizacyjnych postanowiono przekazać Polskiemu Związkowi Przeciwgruźliczemu.

Uwagi z okazji Tygodnia Propagandy Trzeźwości.

Fatalne stosunki gospodarcze mają niewątpliwie ten skutek dodatni, że wielu sumienniejszych obywateli, do niedawna przyjaciół kieliszka, odmawia sobie przyjemności kosztownych, biorąc pod względ potrzeby rodziny. Lekkomyślnych jest jednakże jeszcze wielu, zwłaszcza wśród młodzieży. Jestto tem groźniejsze, jeśli się zważy, że zaglądanie do kieliszka wypacza charakter i sprzyja rozpuście. Naogół w społeczeństwie głęboko jeszcze są zakorzenione przestarzałe poglądy o urojonem dobroczynnem działaniu napojów alkoholowych. Wogóle odnosi się wrażenie, iż mimo dłu-

goletniej pracy organizacyj przeciwalkoholowych ogół lekceważy to zagadnienie, nie zna i znać nie chce prawdy o tem, jak zgubne bywają skutki zamiłowania do kieliszka: dla pijących, dla życia rodzinnego i dla życia zbiorowego. Zazwyczaj myśli się tylko o zdrowiu ciała, które atoli daje sobie dość szybko radę z przykremi następstwami używania napojów alkoholowych. Natomiast mało baczy się na to, że alkohol częściej używany, osłabia wolę ludzką; jak każde uleganie zachciankom, pozbawia alkohol pijącego niepostrzeżenie do tego stopnia doskonałości, jaki już zdobył w walce z swemi skłonnościami i zachciankami. Znane zaś są przykre tragedje rodzinne zachodzące niestety we wszystkich stanach i zawodach, a wynikające na tle wzrastającego stopniowo i nieomal nieustannie nałogu alkoholowego.

Ministerstwo Opieki Społecznej nadesłało do Nowin Psychjatrycznych „do wykorzystania“

komunikaty i okólniki o treści następującej:

1. Centralny Zakład jagliczy dla dzieci.
2. Zatrudnienie niefachowego personelu w aptekach.
3. Egzekucja taks i opłat na rzecz funduszu kuracyjnego w uzdrowiskach.
4. W sprawie zakupu krowianki ospowej w Państwowym Zakładzie Higjeny.
5. Okólnik Nr. 43]32. Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy, dotyczący: Państwowewej Szkoły H!gjeny. Oddział Higjeny Pracy. Rozbiór szkodliwości zawodowych. Przydział szczegółowych grup przemysłowych.
6. Sprawozdania ze zjazdów lekarzy powiatowych. Zjazd lekarzy powiatowych Woj. Nowogródzkiego w Nieświeżu w dniach 9 i 10 września 1932 r. Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Wileńskiego w Głębokiem w dn. 7 i 8 października 1932 r.
7. Protokóły posiedzeń a) Sekcji do zwalczania alkoholizmu Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 14 12. 1932. b) Sekcji do walki z gruźlicą Państw. Naczelnej Rady Zdrowia z dnia 22. 11. 1932. c) Sekcji do zwalczania chorób zakaźnych Państw. Nacz. Rady Zdrowia z dnia 22. 3. 1933.

Umieszczamy tu w streszczeniu i wyciągach, co następuje:

A. Z protokółu posiedzenia sekcji do zwalczania alkoholizmu Państwowej Rady Zdrowia z dnia 14. XII. 1932.

W obecności członków sekcji i rzeczoznawców omawiano powszechny brak zrozumienia dla elementarnych podstaw alkohologji nietylko w społeczeństwie, ale i w zawodach inteligenckich, i domagano się od ogółu wychowawców: kościoła, szkoły, lekarzy i wojska, intensywniejszej pracy uświadamiającej.

I. W zakresie nauczania

1) Zwrócić się do Ministerstwa W. R. i O. P. z prośbą: a) o wprowadzenie obecnie alkohologji, jako przedmiotu obowiązkowego we wszystkich seminarjach nauczycielskich, oraz o przeznaczenie na pogadanki i wykłady o alkoholiźmie w szkołach powszechnych, zawodowych, rolniczych i średnich, przynajmniej 4-6 godzin rocznie, w wypadku braku odpowiednich sił nauczycielskich należy korzystać z pracy wędrownych nauczycieli instruktorów abstynentów, wybranych z pośród jednostek czynnych w szkolnictwie, a urlopowanych specjalnie do tego celu; b) o wprowadzenie alkohologji do programów kursów uzupełniających, dokształcających, i. t. p. dla nauczycieli, jako przedmiotu obowiązkowego; c) aby na konferencje „rodzicielskie" wprowadzono m. i. jako temat: zagadnienie alkoholizmu wśród dzieci i walka z nim; d) aby we wszystkich wyższych zakładach naukowych, zwłaszcza na wydziałach medycznych, wprowadzona została alkohologja, jako przedmiot obowiązkowy.

2) Zwrócić się do Ministerstwa Spraw Wojskowych, z prośbą o wydanie zarządzenia, aby referenci oświatowi w wojsku prowadzili wykłady o alkoliźmie, ze szczególnem uwzglednieniem momentu łączności między alkoholizmem, a niesubordynacją, chorobami wenerycznemi i ogólną fizyczną i psychiczną sprawnością armji.

3) Zwrócić się do Ministerstwa Opieki Społecznej z prośbą, aby organizując kursy dla przeszkolenia personelu kierowniczego i wychowawczego dla zamkniętych zakładów opiekuńczo-wychowawczych, szerzej uwzględniało sprawę uświadamiania o niebezpieczeństwie alkoholizmu, przedewszystkiem dla dzieci rodziców alkoholików, zapełniających takie zakłady.

4) Zwrócić się do Ministerstwa Komunikacji z prośbą, aby na kursach instruktorskich i dokształcających odbywały się obowiązkowe wykłady alkohologji.

5) Zwrócić się do Komendy Głównej P. P., z prośbą o wprowadzenie do programu szkół i kursów policyjnych alkohologji, jako przedmiotu obowiązkowego.

6) Zwrócić się do Państwowego Urzędu Wychowania Fizycznego i Przysposobienia Wojskowego z prośbą o wprowadzenie do programów instytutów, studji i kursów wychowania fizycznego alkohologji, jako przedmiotu obowiązkowego.

7) Zwrócić się do organizatorów prelekcji popularno - oświatowych przy Wyższych Zakładach Naukowych, by stale uwzględniali tematy z dziedziny alkohologji za przykładem „Powszechnych Wykładów Uniwersytetu Jagiellońskiego“, które prowadzą stały dział przeciwalkoholowy na swoim terenie w Województwie Krakowskiem, Sląskiem i Kieleckiem.

II. W dziedzinie lecznictwa.

Zwrócić się do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej z prośbą: a) o możliwie jaknajszybsze wykończenie budowy i uruchomienie Zakładu dla alkoholików i nałogowców w Świącku Wołłowiczowskim, b) o utworzenie przychodni przeciwalkoholowych przy istniejących ośrodkach zdrowia, szczególnie w miastach, liczących ponad 50.000 mieszkańców, c) zalecenie Zakładom psychjatrycznym tworzenia specjalnych oddziałów dla nałogowców, gdzie można byłoby prowadzić właściwy tryb leczniczo-wychowawczy.

III Wnioski ogólne.

1) Zwrócić się do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej z prośbą o wprowadzenie do programów Zjazdów lekarzy powiatowych zagadnienia walki z alkoholizmem i o włożenie na tych lekarzy obowiązku żywszego zainteresowania się tą sprawą.

2) Zwrócić się do Departamentu Samorządowego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z prośbą, aby wpłynął na samorządy wojewódzkie, miejskie i powiatowe w kierunku czynnego zajęcia się zwalczaniem alkoholizmu.

IV. W sprawie statystyki.

1. Zwrócić się do Ministerstwa Sprawiedliwości z prośbą, aby przy opracowaniu statystyki przestępczości uwzględniano alkoholizm, jako jedną z przyczyn przestępczości.

2. Zwrócić się do Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej oraz Naczelnej Izby Lekarskiej i Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych z prośbą, aby statystyki chorób i przyczyn śmierci ściśle uwzględniały alkoholizm, jako przyczynę główną lub współdziałającą.

Dnia 22. listopada 1932 r. odbyło się posiedzenie sekcji do walki z gruźlicą Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia, poświęcone ustaleniu warunków, w jakich pomoc lecznicza może być udzielana w przychodniach.

Wysunięto następujące postulaty:

1. Pomoc lecznicza istnieje we wszystkich przychodniach przeciwgruźliczych, co wynika z „zapotrzebowania" ze strony ludności.

2. Coraz bardziej rozwija się leczenie uciskowe odmą; wydaje się przytem, że wybitnie zwiększa się liczba dopełnień odmy, znacznie mniej stosunkowo liczba odm, zakładanych poraz pierwszy. Możnaby w tem dostrzec racjonalny kierunek dokonywania 1-go zabiegu na oddziale szpitalnym, następnych w przychodni, albo lepszej kontroli i dłuższego pozostawania w leczeniu przychodni chorego z założoną odmą sztuczną. Wysoka cyfra dopełnień w r. 1931 obejmuje prawdopodobnie znaczną część przypadków z lat poprzednich, a także przypadki świeże.

3. Niema w przychodniach eksperymentowania w lecznictwie, co tylko na dobro przychodni zapisać można.

4. Dość bezkrytycznie prawdopodobnie stosuje się naświetlania i tu byłoby pożyteczne wydanie krótkiej instrukcji, obejmującej wskazania i technikę naświetlań.

Prawidłowa organizacja walki z gruźlicą powinna wciągnąć do współpracy pod względem leczniczym Kasy Chorych i odpowiednie instytucje społeczne.

Poradnie przeciwgruźlicze, jako instytucje społeczne, mają obowiązek leczenia w zakresie swoich możliwości chorych na gruźlicę, nieobjętych opieką Kas Chorych i podobnych im instytucyj, o ile chorzy ci należą do warstwy niezamożnej.

7. Chorzy na gruźlicę, pozostający w leczeniu Kas Chorych, lekarzy szkolnych i t. d., powinni być zgłaszani w poradni przeciwgruźliczej swojego rejonu i mogą być w niej leczeni ambulatoryjnie, nim odpowiednie instytucje nie rozbudzą lecznictwa we własnym zakresie.

8. Chorzy na gruźlicę, leczący się u lekarzy wolnopraktykujących, powinni być również zgłaszani w poradni dla umożliwienia poradni roztoczenia opieki nad otoczeniem chorego, poradnia jednak nie powinna brać na siebie leczenia tych chorych.

9. Leczenia za pomocą środków farmaceutycznych w poradniach przeciwgruźliczych nie da się pominąć, powinno ono być jednak ograniczone do ram bardzo wąskich na korzyść leczenia metodami terapji fizykalnej (werandowanie, dożywianie, kwarcówki i t. d.).

10. Leczenie gruźlicy płuc odmą sztuczną może być prowadzone tylko w poradniach, posiadających Roentgena, prowadzonych przez doświadczonych fizjologów, mających ścisły kontakt z zakładem leczniczym szpitalnym, sanatoryjnym i t. d.

11. Inne metody leczenia chirurgicznego gruźlicy nie powinny być uprawiane w poradniach przeciwgruźliczych.

Dnia 23. marca 1933 r. odbyło się posiedzenie sekcji dla zwalczania chorób zakaźnych Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia poświęcone durowi brzusznemu.

W przebiegu duru brzusznego dały się zaobserwować nasilenia, występujące co 3 lata: w r. 1921, 1924 i 1927. Po r. 1927 nastąpił spadek nasilenia do r. 1930. Największe nasilenie nastąpiło w 1932 r.

rok	1927	—	17,0	na	100.000	ludności
„	1930	—	10,3	„	„	„
„	1931	—	12,9	„	„	„
„	1932	—	16,8	„	„	„

Najważniejsze czynniki przyczynowe (z danych za rok 1929).

1. Woda — 47.7 proc. mieszkań chorych na dur nie miało wodociągów. Zbiorniki (stawy na przedmieściach Warszawy), z których pobiera się lód, mają w 55 proc. wodę złą pod względem bakterjologicznym. Tylko 3/4 ludności Warszawy korzysta z wodociągów.

2. Ustępy — 76,5 proc. mieszkań chorych na dur nie miało oddzielnych ustępów. 32,4 proc. domów było nieskanalizowanych.

3. Mleko rynkowe w Warszawie w 75 proc. zawiera 5 - 50 miljonów bakteryj. Z małemi wyjątkami jest w Warszawie mleko niezdatne do picia w stanie surowym.

4. Owoce i jarzyny — na skutek użycia jako nawozu zawartości dołów kloaczych i nieodpowiedniego przewożenia jarzyn do miasta.

5. Nosiciele. Miejski Instytut Higjeny wykazał w 1928 r. w otoczeniu chorych 0,35 proc. nosicieli. Częstość długotrwałego nosicielstwa przyjmuje się średnio jako 5 proc.

6. Gęstość zaludnienia izb — jeden z podstawowych czynników szerzenia się duru brzusznego w Warszawie

(1. 109. 478 mieszkańców na 482.284 izb — dane z 1.I.1930 r)

Największe nasilenie duru występuje w okręgach śródmiejskich, zwłaszcza w dzielnicy żydowskiej.

7. Warunki bytowania w okresie kryzysowym, niedostateczne odżywianie, nienależyta czystość ciała, niski poziom oświaty i kultury higjenicznej. Także wyjazdy letniskowe przyczyniają się do zawlekania duru brzusznego.

Walkę z durem prowadzi się wszelkiemi możliwemi sposobami. Większość chorych izoluje się. W r. 1931 leczono w szpitalach 88,3 proc. chorych na dur. W r. 1931 szczepiono (metodą Besredki) 22.538 osób z otoczenia chorych. Zaleca się szczepienie podskórne. Propagandę uprawiał Komitet Medycyny Społecznej (85 odczytów), urządzono wystawę higjeniczną, wydano 20.000 ulotek o durze, plakaty Min. Opieki Społecz. „myjcie owoce".

Udział finansowy samorządów w akcji zdrowotnej.

W ciągu ostatnich lat wobec trudności finansowych związki samorządowe przeprowadzają takiego rodzaju oszczędności, które szczególnie ujemnie odbijają się na zdrowiu publicznem: w budże-

tach samorządowych są wybitnie zmniejszane, a często całkowicie skreślane sumy na utrzymanie przychodni zapobiegawczych, lub zapomogi dla towarzystw prowadzących akcję zdrowotną, jak np. T-wa Przeciwgruźlicze.

Z drugiej strony organizacje społeczne nie są w stanie bez wydatnej pomocy samorządów prowadzić akcji społeczno-higjenicznej i zwracają się z odpowiednimi wnioskami do Ministerstwa Opieki Społecznej. Dowodem tego jest apel zgłoszony na ostatnim Walnym Zjeździe Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w dn. 4. XII. 1932 r.

Apel ten wskazywał dwie drogi pomocy tego rodzaju instytucjom ze strony samorządów:

1. uwzględnienie w budżetach samorządowych odpowiednich dotacji na cele zdrowotne, oraz

2. udział samorządów w charakterze członków w towarzystwach o celach specjalnych, jak Towarzystwa Przeciwgruźlicze.

Wobec powyższego mają być uwzględniane w budżetach samorządowych w granicach równowagi budżetowej wydatki na akcję zdrowotną w takiej mierze, aby pozwoliły na wykonanie bezpośrednich wymogów w tej dziedzinie oraz na utrzymanie już istniejących instytucji na odpowiednim poziomie.

Badania sero bakterjologiczne przy durze brzusznym.

Powołując się na pismo okólne z dnia 14 stycznia 1928 r. Nr. Z. Z. 6740/27 w sprawie współudziału Państwowego Zakładu Higjeny w akcji walki z epidemjami (Zb. Zarz. Min. Spr. Wewn. str. 288) Minister Opieki Społecznej zwraca uwagę na konieczność korzystania w jaknajszerszym zakresie z badań sero-bakterjologicznych przy rozpoznawaniu i zwalczaniu chorób zakaźnych.

Tymczasem jak wynika ze sporządzonego przez Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie za rok 1932 zestawienia, zawierającego liczby zgłoszonych w każdym powiecie przypadków duru brzusznego i durów rzekomych oraz liczby przypadków zbadanych bakterjologicznie, te ostatnie badania nie są w dostatecznej mierze wykorzystane, jak to przedstawia dołączona tabela.

Województwo	Liczby pow.	Liczba powiatów, w których zbadano osób ponad liczbę zgło. przypadków	Liczba powiatów, w których zbadano osób poniżej liczby zgło. przypadków	Liczba pow. w których badań sero-bakterjolog. nie wykonywano wogóle
Warszawskie	23	6	15	2
Łódzkie	13	4	7	2
Kieleckie	17	4	9	4
Lubelskie	18	1	14	3
Białostockie	12	1	9	3
Wileńskie	9	9	—	—
Nowogródzkie	8	1	6	1
Poleskie	9	5	1	3
Wołyńskie	11	1	8	2
Poznańskie	28	23	4	1
Pomorskie	17	15	2	—
Śląskie	9	1	1	7
Krakowskie	18	7	11	—
Lwowskie	27	6	17	4
Stanisławowskie	12	3	9	—
Tarnopolskie	17	4	12	1
Razem	248	90/36,3%	125/50,4%	33/13,3%

W 36,3% powiatów sprawa badań bakterjologicznych przy durze brzusznym postawiona była dobrze. W większości tych powiatów liczba dokonanych badań przekracza liczbę zgłoszonych przypadków duru brzusznego wzgl. rzekomego.

W następnej grupie (50,4%) jest znaczna liczba powiatów (około 1|3,) w których liczba dokonanych badań bakterjologicznych jest w stosunku znikomym do liczby zgłoszonych przypadków zachorowań na dur brzuszny wzgl. rzekomy i nie przekracza kilku w ciągu roku.

Grupa 3-cia (13,3%), jest w rzeczywistości mniejszą, gdyż badania bakterjologiczne były częściowo dokonywane w pracowniach miejscowych, np. w Województwie Poleskiem i Śląskiem i w mieście Białymstoku. Jednakże pozostaje jeszcze dość znaczna liczba Starostw (Lekarzy powiatowych), które z badań bakterjologicznych wogóle nie korzystają.

Celem postawienia sprawy walki z durem brzusznym na racjonalnym gruncie, należy przyjąć za zasadę, że prawie w każdym przypadku duru brzusznego należy pobierać od chorych materjał zakaźny (krew, kał i mocz) do badań sero-bakterjologicznych. Szpitale dla chorych zakaźnych obowiązane są przesyłać krew, kał i mocz od wszystkich chorych na dur brzuszny, względ. podejrzanych dla ustalenia rozpoznania. Przed wypisaniem chorego ze szpitala należy przynajmniej dwukrotnie w odstępach pięciodniowych

od chwili spadku temperatury przeprowadzić badanie kału i moczu celem wykrycia nosicieli wśród ozdrowieńców. O wykryciu nosiciela zarząd szpitala obowiązany jest powiadomić władze powiatowe administracji ogólnej przed wypisaniem ozdrowieńca celem wydania przez te władze odpowiednich zarządzeń.

W razie odosobnienia chorego na miejscu t. j. w jego mieszkaniu, wzgl. w przypadkach wątpliwych celem ustalenia rozpoznania, obowiązani są lekarze samorządowi (miejscy, sejmikowi, okręgowi, rejonowi) wzgl. lekarze powiatowi pobrać materjał zakaźny. W najbiższym czasie wszystkie apteki będą zaopatrzone w naczynka do pobierania materjałów zakaźnych, gdzie nabywać je będzie można za niewielką opłatą, tak, że każdy lekarz będzie mógł pobierać od chorych materjał zakaźny.

W załączeniu Ministerstwo Opieki Społecznej przesyła odpis zestawienia zgłoszonych przypadków duru brzusznego na terenie województwa, oraz zestawienia liczby badanych przypadków duru brzusznego przez Państwowy Zakład Higjeny wzgl. jego filje i prosi o nadesłanie sprawozdania, czy i ile z każdego powiatu dokonano badań sero-bakterjologicznych w innych pracowniach bakterjologicznych, poza Państwowym Zakładem Higjeny i w jakich w ciągu r. 1932-go, a wreszcie w ilu przypadkach duru brzusznego wzgl. rzekomego badań bakterjologicznych nie przeprowadzono i dlaczego.

W celu ułatwienia kontroli Ministerstwo Opieki Społecznej przesyłać będzie Urzędom Wojewódzkim nadal miesięczne zestawienia dokonanych badań w/g powiatów.

Ponadto Ministerstwo uprasza o wydanie zarządzenia, by naczelnicy wydziałów zdrowia utrzymywali w sprawach epidemicznych ścisły kontakt z kierownikami właściwych filji Państwowego Zakładu Higjeny.

Ministerstwo prosi o nadesłanie sprawozdania o wydanych w związku z tem pismem okólnem zarządzeniach.

Komunikat

Podaje do wiadomości, iż dział prasy i prac naukowych na wystawie „Przyroda, Zdrowie, i Opieka Społeczna“ powierzono p. Dr. Stanisławowi Konopce, kierownikowi Biura Propagandy Medycyny Polskiej w Warszawie, ul. Górnośląska 45 telef. 973-57.

Prosimy zwracać się z wszelkiemi zapytaniami w sprawie tego działu wystawy pod wyżej wymienionym adresem.

Przewodnicz. Komit. Org. Przewodnicz. Kom. nauk. wys.
(—) *Prof. Dr. Karwowski* (—) *Dr. R. E. Matuszewski*
Sekretarz (—) *Dr. Luziński.*

ODEZWA DO LEKARZY POLSKICH

W znakomicie rozwijającej się medycynie zapobiegawczej poważny dział stanowi walka z alkoholizmem. Walka z tą klęską społeczną ma tem większe znaczenie, że alkoholizm bezpośrednio i pośrednio przyczynia się do rozpowszechniania i pogłębienia dwu innych wielkich chorób społecznych: gruźlicy i chorób wenerycznych.

Lekarze biorą poważny i decydujący udział w zwalczaniu tych klęsk, pracując m. i. w specjalnych Związkach Przeciwgruźliczych i Przeciwwenerycznych. Natomiast bardzo mało robi się w dziedzinie walki z alkoholizmem — brak nawet ściśle lekarskiej organizacji przeciwalkoholowej.

Aby tę dotkliwą lukę wypełnić, powstała myśl założenia przy Polskiem Towarzystwie walki z alkoholizmem „Trzeźwość"

KOŁA LEKARZY ABSTYNENTÓW

Incjatorzy zwracają się do ogółu lekarzy polskich z zaproszeniem do zapisywania się na członków Koła.

Zgłaszający się powinni zobowiązać się:

1) do nieużywania przez cały czas należenia do Koła jakichkolwiek napojów alkoholowych tak w życiu prywatnem, jak i towarzyskiem,
2) do czynnego — w miarę możności — zwalczania alkoholizmu;
3) do płacenia rocznej składki członkowskiej w wysokości 8 zł. (każdy członek Koła otrzymywać będzie bezpłatnie miesięcznik „Trzeźwość").

Dr. Franciszek Cudny (Mińsk Mazowiecki), *Dr. Konstancja Kulejewska* (Wilno), *Dr. Aleksander Kuropatwiński* (Drohiczyn Poleski). *Dr. Stanisław Leszkiewicz* (Kowel), *Dr. Stanisław Skalski* (Łódź), *Dr. J. Staniewiczowa (Włocławek.)*

Zgłoszenia uprasza się kierować:
Zarząd Główny Tow. „Trzeźwość", — Warszawa, Rynek Starego Miasta 38. m. 4. (tel. 441-07) — Konto P. K. O. 270.



Dr. med. Dr. phil. Aleksander Piotrowski

Dyrektor Wojew. Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance.

(18. XII. 1878 — 12. XII. 1933 r.)

Dr. med. Dr. phil.

Aleksander Piotrowski

WSPOMNIENIE POŚMIERTNE.

Aleksander Piotrowski urodził się w Berlinie dnia 18. XII. 1878 r. z Władysława i Marji z Holcnerów Piotrowskich; wychowany w rzymsko - katolickim wyznaniu. Uczęszczał do gimnazjum realnego w Poznaniu, które ukończył na Wielkanoc 1900 r. Następnie studjował filozofję i medycynę w Berlinie do Wielkanocy 1902 r. i w Roztoce do jesieni 1905 r. Dnia 28-go lipca 1902 r. zdał tentamen physicum, a 13-go listopada 1905 r. egzamin państwowy lekarski w Roztoce, 25-go marca 1906 r. promowował na doktora wszech nauk lekarskich, dnia 21-go lutego 1910 r. na doktora filozofji.

Po półtorarocznem przygotowaniu w uniwersyteckiej poliklinice neurologiczno-psychjatrycznej u profesora Schuchardta w Roztoce, był asystentem dla chorób nerwowych w Sanatorjum Kurhaus Bad Nerotal w Wiesbaden, od Nowego Roku 1908 zaś do końca kwietnia tegoż roku asystentem w Zakładzie Psychjatrycznym Lewalda w Obernigk pod Wrocławiem, od 1. V. do 30. VIII. asystentem w sanatorjum Leussera w Bad Kissingen; następnie wrócił do zakładu psychjatrycznego Lewalda w Obernigk pod Wrocławiem, gdzie ordynował od 1. X. 08 r. do końca sierpnia 1909 r. Od 1. X. 1909 do 31. III. 1911 r. był ordynatorem w zakładzie psychjatrycznym Ilten koło Hannoweru, gdzie pracował pod kierunkiem Hessego; od kwietnia do września 1911 r. uczęszczał do polikliniki prof. Oppenheima w Berlinie, następnie przez trzy lata pełnił obowiązki I-go asystenta w poliklinice neurologicznej Krona w Berlinie (od października 1911 r. do kwietnia 1912 r. i od lipca 1912 r. do 31-go grudnia 1914 r.), a przez dziewięć kwartałów w zakładzie psychjatrycznym Edla w Charlottenburgu (od Nowego Roku 1915 r. do 30. 3. 1917 r.) Od 1. IV. 1917 do 31. III. 1919 był kierownikiem i naczelnym lekarzem Sanatorjum Weila w Schlachtensee pod Berlinem. Będąc od roku 1918 członkiem kolegjum docentów

Uranji berlińskiej, wykładał na kursach psychologię i psychjatrję. Dnia 1-go lipca 1919 r. objął jako dyrektor kierownictwo Krajowego Zakładu Psychjatrycznego w Dziekance.

Od roku 1911 przeprowadzał w poliklinice neurologicznej Krona w Berlinie, w roku 1912 w szpitalu miejskim „Moabit" w Berlinie na oddziałach prof. C. Klemperera i w szpitalu miejskim „Berlin-Schöneberg" na oddziałach prof. Umbera, — systematyczne badania nad odruchami. Wynik badań był ten, że Piotrowski odkrył trzy nowe objawy chorobowe w kończynach dolnych, mianowicie:

1) Odruch mięśnia piszczelowego przedniego w jego postaciach patologicznych;

2) odruch antagonistyczny palców, objaw chorobowy a priori, wreszcie

3) odruch antagonistyczny mięśnia piszczelowego przedniego, przedstawiający objaw chorobowy a priori, odgrywający wybitną rolę w djagnostyce neurologicznej jako symptom organicznego zachorzenia mózgu. Odruch antagonistyczny mięśnia piszczelowego przedniego znany jest w piśmiennictwie niemieckiem pod nazwą „Piotrowski-Reflex" i pod tą nazwą jako termin techniczny został przyjęty do mianownictwa lekarskiego (cfr. W. Guttmann: Medizinische Terminologie, 1920, Urban i Schwarzenberg, Berlin N 24 Friedrichstr. 105 b i Wien I. Maximilianstr. 4). Odkrycia swoje Piotrowski opublikował w rozprawach załączonego spisu: ad 3). „Über ein neues Uuterschenkelphänomen" (cfr. nr. 12 „Odruch mięśnia piszczelowego przedniego") i ad 4) „Über einen neuen antagonistischen Reflex", (cfr. nr. 13, „Nowy odruch antagonistyczny").

O klinicznem znaczeniu „objawu Piotrowskiego" jako objawu chorobowego mózgowego pisał dr. Fr. Stern w rozprawie „Die klinische Verwertbarkait des Piotrowskischen antagonistischen Reflexphänomens" w „Medizinische Klinik" 1916, nr. 14, Urban i Schwarzenberg, Berlin.

O „objawie Piotrowskiego" pisali ponadto:

A. Falkowski: „O wartości klinicznej objawu Piotrowskiego", Neurologja Polska, 1922.

M. Siemionkin: „O charakterze wewnętrznym objawu Piotrowskiego", Nowiny Psychjatryczne, 1925, II., oraz „Revue Neurologique", Paris, 1925, I. 6 i II.

O. Bielawski: „Odruchy patalogiczne w katatonji", Nowiny Lekarskie, 1923.

K. Sągin: „Odruch z kostki zewnętrznej a objaw Piotrowskiego“, Nowiny Psychjatryczne, 1926, II., oraz: Rivista di patalogia nervosa e mentale, Firenze, 1926, nr. 3 Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Berlin 1926.

Ottorino Balduzzi: „A propos du réflexe de la malléole externe et du phénomène de Piotrowski. „Revue Neurologique, XXXIV., t. I., nr. 5, oraz w „Rivista di patologia nervosa e mentale“, 1926, V., i w „Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie“, 1925; ostatnio zaś, w „Revue Neurologique“ 1927, V.

F. Vizioli: „A propos du phénomène de Piotrowski et du réflexe de la malléole externe“. — Revue Neurologique, 1927, II.

K. Sągin i St. Oberc: „Odruch z kostki zewnętrznej a objaw Piotrowskiego“. — Nowiny Psychjatryczne, 1927, I-II, oraz w Revue Neurologique, marzec 1927; wreszcie,

K. Sągin: „Kilka uwag do publikacji Vizioli'ego o objawie Piotrowskiego i odruchu z kostki zewnętrznej“. — Nowiny Psychjatryczne, 1928, I-II.

W rozprawie pod nr. 11 załączonego spisu: Über Hydantoine als Hypnotica“, autor zestawił wyniki swoich badań klinicznych nad działaniem nowego środka nasennego, obecnie zalecanego pod nazwą „Nirvanol“,

Spis prac ogłoszonych drukiem.

Dr. med. dr. phil. Aleksander Piotrowski ogłosił drukiem następujące rozprawy:

I. Po niemiecku:

1) Aus dem physiologischen Institut der Universität Rostock: „Untersuchungen über das Verhalten der Nervenfasern in der abgeklemmten Herzspitze“. Berlin 1906, Verlag von R. Trenkel (dysertacja medyczna).

2) Die Quintuplicität der Rhythmik in mittelalterlichen Melodien — Inauguraldissertation z. Erl. d. Philosoph. Doktorwürde der Philosoph. Fakultät zu Rostock. Berlin 1910, Verlag von R. Trenkel (dysertacja filozoficzna).

3) „Über ein neues Unterschenkelphänomen“. Berl. Klin. Wochenschrift 1912, nr. 51, Verlag v. August Hirschwald, Berlin.

4) „Über einen neuen antagonistischen Reflex“. Berl. Klin. Wochenschrift 1913, nr. 16, Verl. v. Aug. Hirschwald, Berlin.

5) Leib und Seele. — In „Himmel und Erde“, XXVI., 11, 1914, Verl. v. B. C. Teubner, Leipzig.

6) „Über Epilepsie". Allgem. Medizin. Zentral - Zeitung, 1813, nr. 39-40, Verl. Osc. Coblenz, Berlin.

7) „Vom Zentralnervensystem und seinen Funktionen". Naturwissenschaftliche Umschau 1914, nr. 8-9, u. 10-12. Verl. von Otto von Halem, Cöthen (Anstalt).

8) „Die Versorgung unserer Verwundeten". Naturwissenschaftliche Umschau 1915, nr. 3, Verl. v. O. v. Halem, Cöthen (Anstalt).

9) „Zur Frühdiagnose der progressiven Paralyse". Berl. Klin. Wochenschr., 1916, nr. 13, Verl. v. Aug. Hirschwald, Berlin.

10) „Beitrag zur Verwertung der Wassermannschen Reaktion bei progressiver Paralyse". Neurologisches Zentralblatt, 1916, nr. 5. Verl. v. Veit u. Comp., Leipzig.

11) „Über Hydantoine als Hypnotica". Münch. Med. Wochenschrift, 1916, nr. 43, Verl. v. J. F. Lehmann, München.

II. Po polsku:

12) „Odruch mięśnia piszczelowego przedniego". Nowiny Lekarskie, rocznik XXV., zeszyt 3, Poznań (cfr. I., nr. 3).

13) „Nowy odruch antagonistyczny". Nowiny Lekarskie, r. XXV„ zesz. 4, Poznań (cfr. I., nr. 4).

14) „Ciało i dusza", Nowiny Lekarskie, r. XXV, z. 7, Poznań (cfr. I, nr. 5).

15) „O padaczce". Nowiny Lekarskie, r. XXV, z. 12, Poznań (cyfr. I, nr. 6).

16) „O wczesnem rozpoznaniu porażenia postępującego". Przegląd Lekarski, 1916, nr. 10, Druk. Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (cfr. I, nr. 9).

17) „Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim". Pamiętnik I. Zjazdu Psychjatrów Polskich, 1921. Wydawnictwo Ministerstwa Zdrowia Publicznego w Warszawie.

18) „Plan nauczania dzieci niedorozwiniętych według wzorów niemieckich". Pamiętnik I Zjazdu Psychjatrów Polskich 1921.

19) Śmiertelność w zakładach psychjatrycznych podczas wojny światowej. Nowiny lekarskie 1920, r. XXXIV, zesz. 7, 1922.

20) „Djagnostyka psychjatryczna dla studentów i lekarzy". Wende i Sp. Warszawa.

21) Uwagi do terminu „otępienie", z wyszczególnieniem terminu „dementia praecox". Nowiny Psychjatryczne, rocznik I, nr. 1, 1924.

22) „Paranoia i poczytalność“. Nowiny Lekarskie, Poznań, r. XXXV, zeszyt 10, 11, 12, 1923.

23) „Alkoholizm i ustawodawstwo“ (Ubezwłasnowolnienie alkoholika) Nowiny Lekarskie, 1924, nr. 6 i 7.

24) „Przyczynek do lecznictwa psychjatrycznego“. Nowiny Psychjatryczne, Zeszyt Zjazdowy, lipiec 1924.

25) „O potrzebie ustanowienia centralnego urzędu psychjatrycznego. „Now. Psych., 1924, nr. 8.

26) „Lecznictwo psychjatryczne w Dziekance“, Now. Psych. Rok II, zesz. I, 1925 (cfr. sprawozdanie 10-lecia Dziekanki).

27) „Trzy przypadki napadowej zwrotnej nieruchomości źrenic spowodowanej ciężkim urazem głowy“. Now. Psychj., 1925, zeszyt I.

28) „Kilka uwag o potrzebie zrewidowania poglądów w przedmiocie schizofrenji“. Now. Psychj., 1925, III.

29) „§ 53 n. u. k.“ Now. Psychj., 1925, III.

30) Psychjatryczne wrażenia z informacyjnej podróży zagranicznej“. Now. Psychj., 1925, IV.

31) „Wpływ alkoholu na umysł, wolę i życie moralne człowieka“. „Świt“.

32) Tłómaczenia:

a) „Alkohol a choroby psychiczne we Włoszech“. Amaldi'ego,

b) „Gruźlica a zachorzenia psychiczne“ Bonasery,

c) „Przyczynek do studjum bezładu dziedzicznego“ Bonasery.

33) „Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim“. Now. Psychj., 1626, II.

34) „Zasady organizacji spraw psychjatrycznych“. Now. Psychj. 1927, I-II.

35) Leczenie i zapobieganie w psychozie manjakalno-depresyjnej“. (w str.). Now. Psychj., 1927, IV.

36) „Oszczędna gospodarka w zakładach psychjatrycznych“ Now. Psychj., 1927, IV. (w str.).

37) „Dwa przypadki pieniactwa z konsekwencjami karnemi. Now. Psychj., 1928, I-II.

38) „Organizacja pielęgniarstwa w zakładach psychjatrycznych“. Now. Psychj., 1928, I-II.

39) „Kilka uwag korygujących niektóre błędy liczbowe w referacie d-ra J. Bednarza, ogłoszonym w Roczniku Psychjatrycznym,

1927, VI, na temat: Obecny stan opieki lekarskiej nad psychicznie chorymi w Polsce". Now. Psychj., 1928, I-II.

40) „Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. — Z okazji 30-letniego istnienia Zakładu. Sprawozdanie". Now. Psychj., 1925, I, Zeszyt Jubileuszowy.

41) Spostrzeżenia psychjatryczne w Czechosłowacji. Now. Psychj. 1927, IV.

42) W sprawie ograniczania swobody osobistej z powodu umieszczenia chorego w szpitalu psychjatrycznym. Now. Psychj. 1928, I-II.

43) Uwagi krytyczne do projektu rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej o opiece nad psychicznie chorymi. Now. Psychj. 1928, II-IV.

44) Odpowiedź na „Spostrzeżenia" Dr. Bednarza. Now. Psychj. 1928, III-IV.

45) Dziesięciolecie działalności polskiej w Dziekance. Now. Psych. 1929, III-IV.

46) Jak winien wyglądać nowoczesny szpital psychjatryczny. Now. Psychj. 1929, I-III-IV.

47) Leczenie zakładowe alkoholików. Now. Psychj. I-II.

48) Rzadki przypadek orzecznictwa psychjatrycznego, dotyczący chorego cierpiącego na sclerosis multiplex. Now. Psych. 1930, III-IV.

49) Rozpoznanie kliniczne paraliżu postępującego z uwzględnieniem wyników badań serologicznych. Now. Psychj. 1931, III-IV.

50) Czy rokowanie w porażeniu postępującem obecnie jest pomyślniejsze. Now. Psychj. 1931, III-IV.

* * *

Pozatem, Piotrowski wygłosił cały szereg referatów na zebraniach naukowych w Dziekance, kierował i dozorował prace naukowe lekarzy pracujących w Dziekance, oraz założył i wydawał „Nowiny Psychjatryczne" od roku 1924. —

Dr. Piotrowski, jako muzyk - teoretyk pisywał recenzje do różnych czasopism, jako kompozytor wydał drukiem szereg utworów, które były grywane z manuskryptu na koncertach symfonicznych.

* * *

Wyliczone powyżej rozprawy dają obraz wszechstronności dorobku naukowego Aleksandra Piotrowskiego.

Aleksander Piotrowski pisząc w roku 1913 rozprawę „Dusza i Ciało" stał się jednym z prekursorów zainteresowania się ośrod-

kami podkorowemi, tak ważnemi dla fizjologji mózgu i wiedzy psychjatrycznej. Przewidział znaczenie zagadnienia, którem się nauka współczesna nam przejmuje, i które się przyczyniło do doniosłych odkryć i coraz głębszego rozumienla tajników związanyeh z życiem psychicznem. — Aleksander Piotrowski jest ponadto odkrywcą nowego odruchu normalnego, jak i chorobowego, który przeszedł pod jego nazwiskiem do mianownictwa naukowego, jest twórcą nowych teoryj, związanych z ugrupowaniem i scharakteryzowaniem poszczególnych chorób psychicznych, opisuje nowe symptomy chorób, ułatwiające wczesne rozpoznanie ich, podaje nowe sposoby leczenia, okazując się tu reformatorem wyprzedzającym innych uczonych na polu lecznictwa psychjatrycznego. Równocześnie objawia zmysł organizatorski i wychowawczy.

W dziedzinie samodzielnej swej psychoterapji, kładąc nacisk na zatrudnienie wedle uzdolnień chorego, bądź to cielesne, bądź to duchowe, zajmuje Aleksander Piotrowski stanowisko wyjątkowe. Dając choremu jaknajwięcej swobody, znosząc kraty, mury, utrzymując go jednakże w ogólnej karności, stara się o powrót jego do normalnego życia. Hartuje ducha, wskazuje na życie czynne, twórcze i wytwórcze. Psychoterapję tę Aleksandra Piotrowskiego możnaby przyrównać do aseptycznej metody cielesnego leczenia, w przeciwieństwie do psychoterapji Freuda, którąby można nazwać antyseptyczną. Aleksander Piotrowski, jednostronnym przeciwnikiem nauki Freuda nie był, biorąc ją nawet w obronę, n. p. w krytyce, napisanej o książce V. Strasser „Die Denkmethoden und ihre Gefahren“. Ponadto w Nowinach Psychjatrycznych przyjął i ogłosił wprawdzie dwie rozprawy, podkreślające ujemne strony nauki Freuda, napisane przez Dr. St. Higiera i Dr. A. Wirszubskiego, ale wydrukował też i pracę, wzorującą się na nauce Freuda, otwierającą jej nowe dziedziny, napisaną przez Dr. S. Dawidsona. Ogłosił także nadesłane przez Dr. G. Bychowskiego streszczenie wykładu „Przestępca w świetle psychoanalizy“, godząc się równocześnie i na przychylną ocenę tegoż wykładu przez sprawozdawcę XIII Zjazdu Psychjatrów Polskich na stronach 268-269 niniejszego rocznika.

Aleksander Piotrowski był zawsze dobrym Polakiem, patrjotą, narażającym się nawet na kary i prześladowanie. Ubiegając rząd pruski w zamiarach pociągnięcia Go do odpowiedzialności i relegowania z uniwersytetu w Berlinie, wypisał się zawczasu z uniwersytetu w Berlinie i przeniósł się do uniwersytetu w Roztoce.

Rozprawy, pisane po niemiecku, ogłaszał równocześnie po polsku, w czem pomocny był Jemu zasłużony lekarz i patrjota, Franciszek Chłapowski, z którym zaprzyjaźnił się w Kissingen i którego czcił i poważał, jako starszego kolegę. Wykład „Ciało i Dusza", który ukazał się po polsku w Nowinach Lekarskich w Poznaniu w r. 1913 ogłosiła po niemiecku księgarnia Teubnera w Lipsku, co świadczy o znaczeniu, jakie mu przypisywała komisja tej księgarni nakładowej, która w spisie wartościowych dzieł, przez siebie wydanych, wykazuje jeszcze dwa inne dzieła napisane przez Polaków, Tadeusza Zielińskiego i przedwcześnie zmarłego Stefana Waszyńskiego.

Oswobodzona Ojczyzna i Rząd Polski uznały zasługi Aleksandra Piotrowskiego, darząc Go orderem „Polonia Restituta", oraz medalem z okazji dziesięciolecia odzyskania niepodległości. Za działalność lekarską podczas wojny odznaczony został Zmarły przez Czerwony Krzyż medalem Zasługi.

Aleksander Piotrowski zdobył sobie prawo do tych odznaczeń i przechowywał je w czci i poszanowaniu.